DES

OBLITÉRATIONS

DE

LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE,

Par M. OULMONT,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
Membre de la Société médicale d'observation,
de la Société anatomique, etc.

AVEC UNE PLANCHE.



A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET;
A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY;
A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1855

EXTRAIT DES MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION,
T. III.

Paris — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

DES OBLITÉRATIONS

DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE.

Les oblitérations des troncs veineux en général ont été depuis longtemps l'objet de recherches intéressantes. Celles de la veine cave inférieure sont bien connues, et l'on en trouve de nombreuses observations dans les auteurs. Mais il n'en est pas de même des oblitérations de la veine cave supérieure. Elles paraissent, en effet, avoir été complétement ignorées par les auteurs anciens, qui n'en parlent pas, même à titre de curiosité pathologique. Hogdson, dans son *Traité des maladies des artères et des veines*, après avoir dit que Hunter trouva une fois la veine cave supérieure et le tronc commun des veines jugulaires et sous-clavière gauche, tellement comprimés par un anévrysme de l'aorte, qu'il leur restait à peine quelque chose de leur capacité naturelle, ajoute que quant à lui, il n'est pas venu à sa connaissance qu'on ait jamais rencontré la veine cave supérieure complétement oblitérée. M. Bouillaud lui-même,

dans son premier et si remarquable mémoire sur les hydropisies causées par les oblitérations veineuses et qui remonte à 1824 (1), avoue qu'il ne connaît aucun fait constaté par l'autopsie, d'oblitération des veines profondes des membres thoraciques. Et pourtant, si l'on songe que dans le court espace de cinq années, j'ai pu observer moi-même ou connaître par d'obligeantes communications quatre faits entièrement inédits, et que par mes recherches dans les traités et recueils, j'ai pu réunir en outre quinze observations dont la plus ancienne ne remonte pas au delà de 1808, on s'étonnera qu'une maladie qui n'est pas très rare et dont les symptômes sont si tranchés et si remarquables, ait ainsi échappé à l'attention des anciens observateurs.

La première observation que j'ai recueillie remonte à 1848, et j'avais été vivement frappé de la singularité des symptômes qui avaient été constatés. Depuis ce temps, mon attention fut fixée sur cette maladie. Dans le cours de l'année 1852, j'eus occasion de voir deux nouveaux cas, et d'assister à l'autopsie des cadavres ; un quatrième, dont l'observation a été lue à la Société médicale d'Observation, m'a été obligeamment communiqué. J'ai donc pu ainsi réunir dix-neuf observations d'oblitération de la veine cave supérieure. C'est avec la totalité de ces faits que j'ai résolu d'écrire l'histoire de cette maladie et de combler ainsi une lacune qui existe dans la science. Parmi toutes ces observations, on comprend que plusieurs sont incomplètes et n'offrent que des détails souvent insuffisants ; mais comme la nature de la maladie à laquelle elles se rapportent est incontestable, et que le peu de symptômes notés est ordinairement exact ; je les ferai servir toutes à ma statistique.

(1) *Archives de Médecine,* t. V. Paris, 1824.

Les dix-neuf observations d'oblitérations de la veine cave que j'ai réunies peuvent se répartir dans deux grandes catégories :

A. Oblitérations par concrétion.

B. Oblitérations par compression.

La première catégorie peut se subdiviser en deux groupes : 1° oblitérations par concrétion sanguine; j'en ai recueilli cinq observations; 2° par concrétions cancéreuses, j'en ai trouvé trois observations.

La deuxième catégorie comprend les faits de compression de la veine cave : 1° par tumeurs cancéreuses du médiastin ou du poumon (cinq observations) ; 2° par ganglions tuberculeux du médiastin (deux observations); 3° par anévrysmes de l'aorte (quatre observations).

Comme on le peut voir, l'oblitération de la veine cave supérieure résulte rarement d'une maladie primitive de ce vaisseau. Sauf quelques cas de phlébite, elle est produite, à près constamment, par l'action de causes diverses et qui agissent soit en comprimant la veine, soit en la détruisant. Malgré la diversité de ces causes, leur effet est toujours le même; elles amènent invariablement l'arrêt du cours du sang dans la veine cave et le développement d'une circulation collatérale. Ces modifications sont accompagnées de phénomènes fort remarquables, tellement constants et caractéristiques, qu'il m'a paru intéressant de les réunir et d'en faire une maladie distincte, dont j'étudierai les symptômes, l'anatomie pathologique, etc.

Mais avant d'aborder cette étude, je crois utile de rapporter quelques-unes de mes observations. Je choisirai celles qui pourront donner l'idée la plus exacte de la maladie, et qui mettront en relief le mode d'action des diverses causes d'oblitération.

Ire OBSERVATION. — *Concrétion sanguine de la veine cave supérieure. — Oblitération complète de ce vaisseau. — OEdème de la face, du cou, et des membres supérieurs. — Mort dans le coma.*

La nommée Duché, âgée de quarante-neuf ans, cuisinière, entra à l'hôpital de la Charité, le 26 décembre 1847, et fut couchée salle Sainte-Anne, n° 4. Cette femme a tojours été bien réglée, elle est mère de deux enfants, sa dernière époque date du 20 de ce mois.

Elle n'a jamais eu d'étouffements, ni de palpitations de cœur. Très active, elle passe ses journées dans une cuisine assez spacieuse et bien aérée, le logement où elle couche n'est pas humide, elle se nourrit bien, mais ne boit pas de vin; ce liquide lui porte le sang à la tête, lui donne des éblouissements.

Il y a quatre ans, sans aucune cause connue, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait pas monter les escaliers sans étouffements. Dans le même temps, elle fut prise de vomissements qui survenaient à toutes les époques de la journée. Elle ne pouvait digérer que le café au lait. Ces vomissements qui n'étaient accompagnés d'aucunes douleurs ni dérangements dans la santé, étaient composés de matières glaireuses. Ils durèrent trois mois et furent guéris à l'hôpital de la Charité. Dans les hivers de 1844 et 1845, elle fut prise de vomissements de sang pur qui cessèrent en été. Ces vomissements étaient surtout provoqués par les efforts de toux, ils étaient formés de sang rouge liquide, jamais mélangé à des matières alimentaires, et revenaient surtout la nuit quand la malade avait bien chaud. Pendant l'hiver de 1846, ces vomissements ne parurent pas, mais la malade éprouvait des étouffements en montant les escaliers.

Il y a un mois, elle remarqua que sa figure jusque là

blanche, devenait bleuâtre et violacée ; en même temps, elle se tuméfia. Quelque temps après, le bras droit devint également le siége d'un gonflement. La tuméfaction commença par l'épaule et descendit jusqu'aux doigts, plus tard elle s'étendit aux seins. Au bout de quatre jours, elle était devenue assez considérable pour exiger une saignée du bras, une application de sangsues à l'anus, et l'administration d'un purgatif. Sous l'influence de ces moyens, la teinte bleuâtre de la face diminua ainsi que le gonflement ; la malade put reprendre quelque peu ses occupations. Les étouffements persistaient mais légèrement amendés ; il n'y avait pas de palpitations de cœur. Les jambes et la partie inférieure du tronc étaient restés sans aucune tuméfaction. Il y a deux jours, la face devint brusquement violacée sans cause connue, le bras droit, les seins et la partie supérieure du tronc se tuméfièrent considérablement, la tension rendait les mouvements très pénibles. Elle resta alitée et entra à l'hôpital le 26 décembre. Le bras gauche était assez légèrement tuméfié pour que la malade ne s'en soit pas aperçue et ne puisse préciser l'époque où le gonflement a commencé.

État actuel. — La face, le cou, la partie supérieure de la poitrine, les seins, le bras droit et un peu le bras gauche sont le siége d'une tuméfaction assez considérable. La face est volumineuse, surtout dans sa partie inférieure, la peau de cette région est tendue, rénitente, élastique et offre une teinte rosée. Quand on la comprime, elle ne conserve pas l'impression du doigt. Le cou lui-même est très volumineux, mais la peau n'est pas assez tendue pour empêcher de percevoir sous le doigt des espèces de nodosités du volume d'un pois. Les deux seins sont assez volumineux et tendus, la peau assez élastique, conserve néanmoins l'impression du doigt ; ils sont parsemés de petites taches rougeâtres de forme

lenticulaire. Le membre supérieur droit est tuméfié depuis l'épaule jusqu'à la main, la peau est, comme aux seins, rénitente et conserve l'impression du doigt; celle de la main est assez flasque et molle. L'abdomen est chargé de graisse, mais n'offre pas d'œdème; il en est de même des membres inférieurs qui sont médiocrement volumineux; le bras gauche est moins tendu et moins volumineux que le droit, il y a 1 centimètre 1/2 de différence dans la circonférence des deux bras. Il existe un peu d'œdème à la partie supérieure de l'avant-bras.

Pas de céphalalgie, la malade a eu dans ces trois derniers jours des tintements dans les oreilles et des éblouissements; l'intelligence est nette.

La respiration est assez haute, quelquefois incomplète, à 32 par minute; pas de suffocation, pas de palpitations de cœur. A la percussion, on trouve la poitrine assez sonore partout, excepté dans la région sternale où l'on trouve une matité assez notable, depuis la partie supérieure jusqu'au milieu de cet os. L'application de la main ne fait percevoir aucun battement, là où l'on trouve de la matité. Le cœur ne semble pas déplacé, les battements sont difficiles à entendre à cause du volume du sein, mais en remontant le long du sternum supérieurement, ils deviennent plus distincts et vers les articulations chondro-costales supérieures droites, on entend les doubles battements du cœur assez superficiellement. Dans aucun point de la poitrine, on ne constate de bruit anormal; il n'existe également aucune voussure. A l'auscultation, on trouve en arrière le bruit respiratoire faible, mais normal. A la base des deux côtés, il y a quelques râles sous-crépitants. En avant, la respiration est faible à gauche, et presque insensible à droite. Le pouls est assez petit, mou (94) et bat également aux deux radiales. A la partie supérieure du tronc, surtout sur la partie externe de l'aisselle droite et au sommet de la poitrine,

on trouve quelques veines sous-cutanées assez tendues et dilatées. Dans la région claviculaire droite, il y a un lacis veineux assez apparent; les veines jugulaires, sans être très volumineuses, dessinent sous le doigt une corde assez tendue.

Les fonctions digestives et urinaires sont dans l'état normal. (On prescrit une saignée du bras et une boisson nitrée.) Les jours suivants, l'œdème de la face paraît un peu diminuer. On trouve à la partie supérieure de la poitrine, à droite, un souffle léger à l'expiration, dans une étendue de deux travers de doigts.

Le 31 au matin, la malade est prise d'un frisson violent qui dure une heure, et n'est suivi ni de chaleur ni de sueur, mais d'un assoupissement assez prolongé. A la visite, l'assoupissement continue et est accompagné de ronflement. On parvient à éveiller la malade et à fixer son attention, mais ses réponses sont incohérentes; il n'y a pas de délire. La face est très gonflée et offre une teinte violacée; les extrémités supérieures et les mains sont tuméfiées et violettes. Il y a des râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine en avant et en arrière; le pouls est très petit (150).

1er *janvier*. — Dans la journée d'hier, l'accablement a continué; il est survenu un peu de délire fugace. Le soir, l'œdème paraît augmenter, et la face et les extrémités sont plus bouffies, plus violettes. Dans la nuit, délire et agitation considérables. Ce matin elle paraît accablée, somnolente, le délire est tranquille. La face est toujours violacée, moins bouffie qu'hier. Les extrémités supérieures moins tuméfiées, offrent une teinte moins foncée.

Les pupilles sont également dilatées, il n'y a rien d'appréciable, du côté de la motilité ni de la sensibilité.

Les mains sont froides, le pouls radial nul. La mort eut lieu à trois heures.

Autopsie faite quarante-une heures après la mort.

Rigidité cadavérique très prononcée. La face est d'une couleur rouge lie de vin, qui s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou. Il existe des vergetures à la face antérieure du tronc, surtout au devant des aisselles, sur le trajet des veines. Œdème très marqué à la face, au cou et aux bras. L'extrémité inférieure du tronc est sèche.

Les parois pectorales et abdominales sont recouvertes d'une couche énorme de tissu adipeux; des adhérences nombreuses et assez lâches unissent le poumon droit à la plèvre. Dans la cavité pleurale droite, on trouve environ un verre de sérosité qui refoule le poumon.

Le médiastin antérieur et le péricarde sont recouverts d'une grande quantité de graisse. Immédiatement au-dessus du péricarde on trouve une tumeur allongée, lobée, au milieu de laquelle passent les veines sous-clavière et jugulaire gauche; elle est immédiatement accollée à la crosse de l'aorte et à la partie inférieure de la trachée-artère. Elle est longue de 7 centimètres, large de 5, et épaisse de 1 centimètre 1/2. A sa droite et au milieu d'un paquet de graisse, chemine la veine cave supérieure qui, comme à l'ordinaire, se bifurque sous la clavicule. Elle descend à la partie interne du poumon, entre celui-ci et l'aorte, et avant d'arriver à l'oreillette droite, elle traverse une masse de tissu cellulaire dense, résistant, criant sous le scalpel et intimement adhérente à la tunique externe de la veine. Après avoir détaché le poumon et les organes de la circulation, on trouve l'aorte et l'œsophage accolés et cheminant comme dans l'état normal à gauche de la trachée. Celle-ci se bifurque comme à l'ordinaire et dans l'angle de bifurcation, on trouve un ganglion bronchique noirâtre de la longueur de 4 centimètres, adhérant à la paroi inférieure de la bronche

gauche. Ce ganglion est mou et renferme une grande quantité de matière noire.

La face antérieure de la bronche gauche, le bord externe de ce ganglion et la terminaison de la veine cave supérieure, sont contenus dans la masse de tissu cellulaire dense dont j'ai parlé, et qui fait intimement adhérer ces trois parties entre elles, de façon qu'on ne peut les détacher qu'à l'aide du bistouri. Cette masse, qui a à peu près le volume d'une noix, est exclusivement formée de tissu cellulaire, infiltré de matière plastique. En ouvrant la veine cave supérieure, on trouve les particularités suivantes : Du point de bifurcation de la veine cave supérieure à son embouchure dans l'oreillette, il y a 10 centimètres. Au confluent de ces veines, le vaisseau a 4 centimètres de largeur ; à 5 centimètres plus bas il n'a plus que 3 centimètres, et enfin à son embouchure dans l'oreillette, il n'a plus que 1 centimètre 1/2. La partie supérieure de la veine cave, dans une étendue de 7 centimètres, est encore perméable, mais ses parois sont revêtues d'une fausse membrane dense, épaisse, intimement adhérente à la paroi veineuse à laquelle elle donne une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Toute cette surface interne offre une couleur rouge très foncée. A 4 centimètres du point où la veine s'abouche dans l'oreillette, elle est complétement oblitérée par un caillot noirâtre, dense, organisé, offrant encore dans son épaisseur quelques noyaux noirâtres. Ce caillot rouge existe dans l'étendue de 1 centimètre 1/2. Plus bas, il devient d'un blanc jaunâtre, d'une couleur analogue à celle du pus, mais avec infiniment plus de consistance. Tous ces caillots, rouges et jaunes, sont intimement adhérents à la paroi de la veine, qu'ils oblitèrent complétement jusqu'à son embouchure dans l'oreillette, qui est remplacée par un cul-de-sac froncé.

L'oreillette droite est revenue sur elle-même ; elle con-

tiendrait à peine une noix. Les parois ont une épaisseur de 3 millimètres. Les orifices des veines qui s'y abouchent ont leurs dimensions normales. Le ventricule droit est contracté, les parois sont assez épaisses ; il n'y a rien de particulier à noter pour le cœur gauche ; les poumons sont assez volumineux. A l'incision, ils donnent issue à une assez grande quantité de sérosité spumeuse légèrement sanguinolente à la base des deux côtés. La muqueuse bronchique est uniformément rouge.

Tête. — Le cuir chevelu est infiltré d'une assez grande quantité de sérosité transparente qui découle à l'incision. Il s'écoule également environ un verre de sérosité transparente, quand on coupe la dure-mère. Le cerveau est mou, médiocrement injecté. Les ventricules contiennent environ deux cuillerées de sérosité.

L'embouchure de la veine azygos est oblitérée dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 environ, à partir de son entrée dans la veine cave. Cette veine est fortement dilatée ; elle a dans quelques points 3 centimètres 1/2 de largeur ; on peut la suivre très distinctement le long de la colonne vertébrale jusqu'à son origine aux veines lombaires et rénales où elle est encore assez manifestement dilatée. Les veines superficielles du thorax et sous-claviculaires sont dilatées et distendues ; elles se ramifient en se dirigeant vers la partie inférieure de l'abdomen ; les veines épigastriques sont elles-mêmes ramifiées et dilatées. Les veines mammaires internes ayant été coupées n'ont pu être examinées.

L'observation que je viens de rapporter est intéressante sous le double rapport des symptômes et des lésions cadavériques.

Sous le rapport des symptômes, elle offre la réunion presque complète des désordres fonctionnels qui peuvent survenir à la suite de la suspension du cours du sang

dans la veine cave supérieure. Nous les retrouverons à un degré plus ou moins marqué dans toutes nos observations, mais aucune ne nous présentera un ensemble aussi complet.

La santé de la malade était dérangée depuis quatre ans, lorsqu'un mois avant son entrée à l'hôpital, apparurent les symptômes propres de l'oblitération veineuse : œdème de la face, des bras et de la partie supérieure du tronc; teinte violacée de ces mêmes parties; dilatation du réseau veineux sous-cutané, etc. Ces symptômes persistèrent presque sans variation, lorsque trois jours avant la mort survinrent des accidents cérébraux, à la suite desquels elle succomba. Ce sont là les signes habituels de l'oblitération de la veine cave supérieure, tels que nous les retrouverons, à quelques différences près, dans la plupart de nos observations, et nous verrons que leur constance permet presque de les considérer comme pathognomoniques.

Dans mon observation, l'oblitération était due à la formation d'une concrétion sanguine dans la veine cave elle-même et occupant une étendue de près de 2 centimètres au-dessus de son embouchure dans l'oreillette. Il me paraît hors de doute qu'il y a eu ici une véritable phlébite circonscrite. La nature du caillot, son adhérence intime aux parois veineuses, les fausses membranes très adhérentes aussi, qui le surmontaient, enfin la masse de matière plastique qui enveloppait tout le vaisseau, démontrent surabondamment le fait. Quelle était la cause de cette phlébite? Sous quelle influence s'est-elle développée? Comment dans un vaisseau où le cours du sang doit être si rapide, s'est-il formé assez vite un obstacle complet à la circulation? C'est là ce qu'il est impossible d'expliquer. Tout ce que je puis dire, c'est que ce ne peut être un de ces cas de coagulation spontanée de sang dans les veines qu'on observe quelquefois chez

les sujets atteints de cachexie cancéreuse ou tuberculeuse, puisque chez mon malade il n'y avait aucune trace d'affection de ce genre.

L'extrême rareté des phlébites de la veine cave supérieure fait comprendre facilement que la maladie n'ait pas été reconnue pendant la vie. M. Grisolle qui, à l'époque où j'ai recueilli cette observation, remplaçait le professeur Fouquier, reconnut l'oblitération de la veine cave, mais l'attribua à la pression d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Cette opinion, expliquée jusqu'à un certain point par la matité étendue qui existait à la région sus-sternale, fut démentie à l'autopsie. J'ai trouvé dans les auteurs quelques faits qui se rapprochent de mon observation. Un seul présente une analogie assez complète. Il appartient à MM. Reid et Thompson. J'aurai occasion d'y revenir.

L'observation suivante ressemble à la première sous le rapport des symptômes ; mais la nature de la lésion est tout à fait différente. Je la dois à l'obligeance de M. le docteur Landry, ancien interne distingué des hôpitaux, qui a bien voulu me la communiquer.

IIe OBSERVATION. — *Oblitération et destruction de la veine cave supérieure. — Tumeurs cancéreuses intra-thoraciques.* (Observation lue à la Société médicale d'observation.)

Meteil, âgé de quarante-trois ans, passementier, entra à l'hôpital Beaujon le 18 février 1851.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, sauf quelques rhumes contractés en hiver et assez rebelles. Son père et sa mère sont morts de maladies qui n'ont aucun rapport avec celle qui amène cet homme à l'hôpital.

Dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1850, il fut pris d'un rhume avec toux quinteuse extrêmement

pénible, mais sans fièvre. Dans les premiers jours de janvier 1851, à la suite d'une longue course, pendant laquelle il transpira abondamment, la toux disparut tout à coup; puis, les jours suivants, la figure parut bouffie, tuméfiée, sans fièvre, sans céphalalgie, sans autre accident qu'un sommeil fort lourd. La tuméfaction s'accrut, et l'augmentation avait surtout lieu la nuit, était considérable au lever, et disparaissait graduellement dans la journée. Quelques jours après, il s'aperçut de l'existence du tumeurs dures de chaque côté de la base du cou, tumeurs que son médecin considéra comme anciennes. En même temps il remarqua que la tuméfaction s'étendait au cou. Il prit à cette époque une bouteille d'eau de Sedlitz et deux autres purgations furent, au dire du malade, suivies d'une diminution dans le gonflement de la face; mais depuis, elle se remontra rapidement, devint permanente et s'étendit du cou aux parois du thorax, aux membres supérieurs, principalement au gauche, puis sur le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic. Il y avait en même temps un peu d'étouffement, mais pas ou peu de toux, pas d'expectoration, pas de fièvre, seulement une grande tendance au sommeil, souvent interrompu en sursaut. Ces symptômes augmentant, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

État du malade à l'hôpital. —Cet homme, de moyenne taille, assez fortement constitué, d'un embonpoint considérable, a la face colorée, le cou très court. La figure, le cou, le tronc jusqu'à l'ombilic, les membres supérieurs, principalement le gauche, sont le siége d'un œdème dur, conservant mal au cou, à la face et au tronc, l'impression du doigt. La figure est fortement injectée, sans cyanose des joues ni des lèvres.

A la base du cou, à gauche, au niveau des apophyses transverses des dernières vertèbres cervicales, au-dessus de la clavicule, derrière cet os, et semblant se prolonger

dans le thorax, on sent des inégalités de volume et de consistance difficilement appréciables à cause de l'œdème; une d'entre elles cependant, plus saillante, forme une tumeur arrondie, très dure, du volume d'une noix, peu ou point mobile. Du côté droit, on sent bien des inégalités, mais peu marquées, et l'œdème permet de douter qu'il y ait réellement tumeur. Les urines, rares et rouges, laissent précipiter par le refroidissement un nuage épais, soluble dans l'acide nitrique et par la chaleur; elles ne contiennent pas d'albumine. L'appétit est bon, et les fonctions digestives ne présentent aucun dérangement. Le bord inférieur du foie fait cependant une forte saillie au-dessous du rebord des fausses côtes; on peut le limiter par la percussion et la palpation, et l'on reconnaît qu'il descend à une certaine distance au-dessous de l'ombilic; latéralement il n'occupe pas un espace plus grand qu'à l'état normal; en haut on ne peut le limiter.

En percutant le thorax, on reconnaît que la sonorité du côté gauche est parfaite; à droite, au contraire, il y a matité complète, avec absence absolue d'élasticité de haut en bas, en avant et en arrière, sans qu'il y ait un seul point sonore. Le cœur ne peut être limité à droite; à gauche la matité précordiale n'est pas augmentée.

L'auscultation du poumon gauche permet de reconnaître que la respiration s'y fait très bien. En auscultant le poumon droit, on n'entend nullement le murmure respiratoire; il est remplacé partout, en avant, en arrière, en haut, en bas et latéralement, par un souffle tubaire très sec, des plus intenses. Ce souffle retentit même à l'épigastre et s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic à travers le foie, quoique éloigné de l'oreille en ces derniers points. Dans le tiers inférieur et postérieur du même côté, la voix résonne chevrotante, comme si l'on parlait dans un mirliton. Partout ailleurs elle est écla-

tante, et il y a une véritable bronchophonie qui s'entend aussi bien en avant qu'en arrière. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de fièvre; le malade ne peut dormir sur le côté droit; il lui est très difficile de dormir dans le lit, parce que l'étouffement y devient intolérable et il passe les nuits dans un fauteuil. L'état général n'offre d'ailleurs rien de particulier à noter.

Traitement. — Un large vésicatoire sur le côté droit du thorax. Deux portions.

24 *février.* — Même état. Le scrotum est un peu infiltré.

1er *mars.* — Point de changement notable du côté du thorax. Le côté gauche de la face est beaucoup plus tuméfié que le droit; cependant, au moment de l'entrée, on n'avait pas noté de différence sensible.

14 *mars.* — Il y a une aggravation considérable et sans cesse croissante dans l'état du malade. L'infiltration a gagné les parties inférieures du tronc et le scrotum; elle est énorme à la partie gauche de la face et dans tout le membre supérieur gauche, beaucoup moindre au côté droit de la face et dans le membre supérieur droit. Cyanose de la face, surtout des lèvres et des mains. Rien de semblable aux pieds. Les accidents du côté du thorax n'ont éprouvé aucune diminution, le souffle et l'égophonie s'entendent maintenant à gauche. Il y a une forte dyspnée, toujours sans toux ni expectoration. Tout sommeil est impossible; il y a depuis quelques jours un état fébrile continu.

18 *mars.* — La cyanose est très forte et toujours plus considérable le matin que le soir; la dyspnée est extrême; le malade ne peut rester qu'assis. L'infiltration est toujours plus marquée dans la moitié gauche du corps que dans la moitié droite; elle s'étend à la partie supérieure des cuisses.

A la visite du soir j'apprends que le malade est mort presque subitement à onze heures, et voici ce que les

assistants s'accordent à me rapporter sur ses derniers moments : A dix heures il a mangé un potage ; quelques instants après, la cyanose a beaucoup augmenté, et les mains, le nez, les oreilles, sont devenus bleu foncé. Le corps s'est en même temps refroidi, puis il s'est laissé aller sur son oreiller comme pour dormir, et l'on a reconnu qu'il était mort. Un fait a frappé toutes les personnes présentes, c'est que, immédiatement après la mort, la cyanose excessive a fait place à une pâleur très marquée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. — La face, pâle, ne conserve que quelques traces de la cyanose. Le corps, également pâle, ne présente de vergetures violacées qu'à la partie postérieure.

A la section des parties molles, il ne s'écoule pas de liquide, et les tissus paraissent à peine infiltrés. Le tissu graisseux est extrêmement développé, les muscles bien conservés, rouges et forts ; le sang qui s'écoule des veines ouvertes est noir et liquide.

Organes thoraciques. — A l'ouverture des plèvres, un flot de sérosité citrine et parfaitement limpide s'échappe. La cavité de la plèvre droite est remplie par un épanchement énorme, qui refoule fortement le diaphragme en bas et aplatit le poumon contre la colonne vertébrale et le médiastin. Des fausses membranes transparentes, nullement organisées, floconneuses, flottent dans le liquide. La cavité de la plèvre gauche se trouve également remplie par une quantité considérable de sérosité citrine qui repousse le poumon vers le médiastin, mais beaucoup moins qu'à droite.

Derrière le sternum et les cartilages costaux, sur les parois thoraciques, principalement à droite, se trouvent

des tumeurs de forme et de volume variables, mais dont le tissu paraît identique ; elles sont en général bosselées et inégales à leur surface; elles crient sous le scalpel comme du cartilage , et présentent à la coupe un aspect complétement lardacé. Elles rendent par la pression un suc blanchâtre, laiteux. Ce liquide, examiné au microscope, présentait des corpuscules qui composaient la masse de ces tumeurs. On n'y trouvait aucune trace du tissu fibro-plastique. Les petits corpuscules dont j'ai parlé ont paru être les cellules cancéreuses du squirrhe. D'ailleurs je n'ai pu voir aucune des cellules complètes caractéristiques du cancer, et surtout pas de cellules mères ou granulées.

L'une des tumeurs indiquées mérite surtout de fixer l'attention, Elle est située derrière la clavicule, les cartilages des cinq premières côtes et le sternum ; elle adhère à la face postérieure de ces os, mais en est facilement séparée par la dissection et n'est nullement confondue avec eux. Elle est très volumineuse, occupe toute la partie des médiastins situés au-dessus du cœur, depuis la face postérieure du sternum jusqu'à la colonne vertébrale , englobe, sans les comprimer réellement, l'aorte descendante, la trachée et l'œsophage. En bas, elle est adhérente au péricarde, qui se trouve en partie transformé en sa substance, refoule le cœur et lui donne une position horizontale. Elle est blanche, à peine vascularisée, mais traversée par les gros troncs sanguins qui parcourent cette région. Les parois de la veine cave supérieure sont complétement converties en tissu de la tumeur et confondues avec elle ; le calibre de ce vaisseau très diminué est en outre obstrué par des caillots organisés, qui paraissent participer à la dégénérescence des parois. Les deux troncs veineux brachiocéphaliques se trouvent également frappés de dégénérescence et complétement obstrués.

A gauche, la veine sous-clavière est englobée par un prolongement de la tumeur, et dégénérée fort loin, de telle sorte que la circulation veineuse paraît devoir être nulle dans le membre supérieur gauche. La veine sous-clavière droite n'est au contraire nullement altérée, et à sa section le sang s'en échappe complétement liquide; les vaisseaux qui partent de l'aorte, une partie de l'aorte ascendante et descendante, la crosse de ce vaisseau, se trouvent enfermés dans la tumeur sans que leurs parois soient altérés; elles sont séparées du tissu anormal par un peu de tissu cellulaire lâche et très sain. Leur calibre n'a subi aucune modification appréciable. La tumeur envoie sous la clavicule gauche des prolongements qui font saillie au-dessus de cet os dans le triangle sus-claviculaire.

De la face supérieure du diaphragme s'élèvent dans la cavité pleurale droite des tumeurs inégales, mamelonnées, qui se continuent par le médiastin avec la tumeur précédente.

Le poumon droit est aplati contre le médiastin et réduit à un feuillet de quelques lignes d'épaisseur; il est difficile de reconnaître dans ce vestige la structure normale de l'organe : à sa partie inférieure on trouve des plaques d'un tissu semblable à celui des tumeurs. Le poumon gauche, très diminué de volume, ne présente aucune altération de tissu.

Le cœur, petit, est couché horizontalement sur la face convexe du foie et sa face postérieure en est aplatie. A la partie antérieure du ventricule gauche, le feuillet viscéral du péricarde a subi une dégénérescence analogue à celle des tissus précités.

Pas de liquide dans le péritoine. Les viscères sont fortement refoulés en bas ; le bord inférieur du foie déborde de trois travers de doigt le niveau de l'ombilic. Les veines, et surtout la veine porte et la veine cave, sont énormément

distendues par une grande quantité de sang. Il n'y a pas de lésion des organes abdominaux, sauf dans le mésentère, où l'on trouve quelques ganglions durs d'un tissu analogue à celui des tumeurs thoraciques.

Cette observation offre avec la précédente une assez grande analogie sous le rapport des symptômes. Dans les deux cas, en effet, malgré la différence des causes, l'œdème de la face s'est montré un mois environ avant l'entrée du malade à l'hôpital. Les différentes régions de la moitié supérieure du tronc ont été successivement envahies par l'œdème à peu près dans le même ordre ; seulement le séjour du malade à l'hôpital s'est prolongé pendant un mois, tandis que dans la première observation il n'a été que de cinq jours. Dans cet espace d'un mois, sont survenus plusieurs phénomènes qui doivent être rapportés moins à la lésion de la veine cave elle-même, qu'à la nature des causes qui avaient amené l'oblitération de ce vaisseau. Ici, en effet, il ne s'agissait plus d'une phlébite simple, mais bien de la compression et de la destruction de la veine par des tumeurs cancéreuses qui avaient envahi toute la cavité thoracique et qui étaient arrivées à comprimer les troncs veineux brachio-céphaliques droit et gauche, et jusqu'à la veine axillaire gauche. De là l'œdème très prononcé des extrémités supérieures, et particulièrement celui du côté gauche. Indépendamment de l'œdème de la partie supérieure du tronc, il est survenu vers la fin de la vie des infiltrations séreuses du scrotum et des extrémités inférieures. — Ce dernier fait, assez rare, doit être rapporté, sans aucun doute, à la cachexie cancéreuse, à moins pourtant qu'il n'y ait eu des coagulations sanguines dans quelques autres troncs veineux, mais l'observation est muette à cet égard. Le mode d'action de la tumeur cancéreuse sur la veine cave me paraît digne d'attention. Non-seulement il y a eu

ici compression, puis ensuite coagulation du sang, mais la veine a été complétement transformée en tissu cancéreux, et cette transformation s'est étendue à quelques-unes des veines affluentes de la veine cave. Elle avait lieu à un tel degré, que l'on ne trouvait plus aucun vestige des parois veineuses, et, ce qu'il avait de remarquable, c'est que les troncs artériels étaient intacts; un tissu cellulaire lâche les séparait des tissus dégénérés. Une de mes observations offre un exemple analogue de dégénérescence de la veine cave en matière cancéreuse, je ne la rapporte pas ici, parce que, intéressante sous un autre point de vue, elle trouvera sa place dans une autre partie de mon travail.

Nous venons de voir dans les deux observations précédentes l'oblitération de la veine cave supérieure produite par deux ordres de causes bien distinctes. Dans l'observation suivante le mécanisme est encore différent.

Une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte était arrivée à comprimer la veine cave, à ce point que, aplatie et oblitérée, elle faisait corps avec les parois de l'anévrysme.

III[e] OBSERVATION. — *Oblitération complète de l'artère brachiocéphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante* (1).

La nommée Bordeaux, ancienne cuisinière, puis garde-malade, souffrait, depuis une vingtaine d'années, de dyspnée et de palpitations. En 1834, elle éprouva des étourdissements et perdit connaissance; en janvier 1835, il existait de la bouffissure du visage et une teinte violacée des lèvres; à la même époque on cessa de perce-

(1) Martin-Solon, *Archives de médecine*, 2[e] sér., t. X, p. 296.

voir les battements de l'artère radiale du côté droit. Elle entra à Beaujon le 4 mai 1835.

Le facies est un peu bouffi, cependant il présente peu, excepté aux lèvres, de ces vergetures violacées, si communes chez les sujets affectés de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. La malade est obligée de se tenir assise dans son lit, sa respiration est difficile.

Le pouls du côté gauche donne 80 battements un peu irréguliers et assez forts; celui du côté droit est très peu sensible. La partie supérieure du sternum offre, surtout à droite, une voussure assez notable. La percussion de cette région donne un son obscur; l'auscultation ne fait reconnaître autre chose qu'un bruit sourd et des battements à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls.

L'impulsion du cœur est assez vive, et ses battements se font entendre dans une région un peu inférieure à celle qu'ils occupent ordinairement; un souffle assez marqué accompagne son premier bruit; toutes les veines thoraciques sous-cutanées, surtout celles du côté droit, sont saillantes et remarquables par leur couleur bleue très prononcée. Les membres supérieurs, surtout le droit, sont un peu œdématiés; les inférieurs n'offrent rien de semblable.

Le sommeil est pénible.

La marche augmente tous les symptômes; aussi la malade reste-t-elle habituellement assise dans son lit, sans cela les battements qu'elle ressent dans le dos et la gêne de sa respiration la menaceraient de suffocation. La saignée, pratiquée successivement au bras droit et au bras gauche, donne également du sang, mais soulage seulement la malade pour quelques moments, et ne diminue pas la tension des veines thoraciques. Le bras droit conserve autant d'embonpoint et de sensibilité que le gauche, quoique sa température soit un peu moins élevée.

Le pouls droit, qui s'était fait sentir pendant quelques jours plus distinctement, ne tarda pas à devenir aussi peu sensible qu'auparavant.

Deux mois après l'entrée de la malade, l'oppression fait des progrès. L'œdème du bras gauche devient aussi considérable que celui du bras droit, et les veines thoraciques gauches acquièrent un développement pareil à celui des veines du côté opposé. Un sentiment insupportable d'oppression est ce qui tourmente le plus cruellement la malade, surtout quand l'atmosphère est humide.

Vers le commencement de juillet, l'infiltration séreuse fait de nouveaux progrès. Les paupières deviennent tellement tuméfiées, que l'on est obligé de pratiquer des mouchetures et d'employer alternativement une compression méthodique sur chaque œil. Le tissu cellulaire du crâne et du cou, celui des mains et des bras, s'infiltrent également de chaque côté ; ni la saignée, ni les purgatifs, ni les pédiluves, ne procurent de soulagement. Les facultés intellectuelles commencent à s'embarrasser ; la malade parle pendant son sommeil ; elle est assoupie une grande partie de la journée, ses réponses sont en général vagues. La respiration devient de plus en plus embarrassée, et, pour la rendre moins difficile, la malade reste assise dans son lit, la tête tellement penchée en avant, qu'elle pose sur ses genoux. Enfin, après plusieurs jours d'anxiété extrême, la mort met un terme à ses souffrances, le 22 juillet.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Habitude extérieure. — Le volume de la tête est considérable, à cause de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire du crâne et de la face ; les paupières, boursouflées, cachent entièrement les globes oculaires, et empêchent

de les découvrir; quelques parties de la peau des paupières offrent une teinte violacée.

Le tissu cellulaire du cou, du dos, des membres supérieurs et de la poitrine, est fortement infiltré. Les veines sous-cutanées de ces parties, et surtout celles du thorax, sont remarquables par leur couleur bleue et par une augmentation du double à peu près de leur volume ordinaire. Cette disposition ne s'observe ni à l'abdomen ni aux membres inférieurs. Ce n'est qu'en incisant le tissu cellulaire de ceux-ci que l'on y découvre une très petite quantité de sérosité que l'émaciation des parties ne permettait pas de soupçonner.

Poitrine. — Le sternum et l'extrémité antérieure des côtes enlevés laissent à découvert une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui occupe une partie du côté droit du thorax, et qui dépend du développement anévrysmatique de la crosse de l'aorte, remarquable surtout à sa partie latérale droite. On voit sur la face antérieure de cette tumeur, à droite, le tronc de la veine cave supérieure entièrement aplati et oblitéré; son tissu est tout à fait confondu avec les parois de l'anévrysme dans le trajet d'un pouce. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche a disparu dans une étendue de plus de 2 pouces; celui du côté droit offre la même disposition. La veine cave supérieure conserve vers le cœur 1 pouce à peu près de longueur, mais son calibre est considérablement diminué et rempli par un caillot fibrineux.

Ici l'oblitération a eu lieu par compression de la veine cave. Celle-ci était aplatie et oblitérée, et ses parois confondues avec la tumeur anévrysmale. Le degré de la compression n'est pas toujours porté aussi loin, mais alors il arrive, ou bien que la veine comprimée ralentit le cours du sang et détermine la formation d'un caillot oblitérant, ou bien que les parois veineuses rapprochées

contractent des adhérences au moyen de brides celluleuses qui obstruent le vaisseau. Dans l'un et l'autre cas, il survient tous les phénomènes de l'oblitération que nous étudions.

Les symptômes eux-mêmes ont offert quelques différences avec ceux des observations précédentes.

D'abord la maladie a duré beaucoup plus longtemps, les premiers symptômes ont apparu sept mois avant la mort. Puis, dans les derniers temps de la vie, l'œdème de la face et la cyanose, qui, depuis quatre mois, existaient à un degré très marqué, devinrent extrêmement considérables, au point qu'on fut obligé de pratiquer des mouchetures sur les paupières supérieures.

Il est très probable que la compression de la veine remontait déjà à une époque éloignée, et qu'elle ne devint assez grande pour déterminer de la gêne dans la circulation sanguine que sept mois avant la mort ; de là les premiers symptômes observés à cette époque. Depuis, l'oblitération est demeurée complète et les symptômes ont persisté sans grande variation ; ce n'est que dans les derniers jours de la vie que l'œdème de la face, du cou et des paupières, devint énorme. Il n'existait rien dans les lésions anatomiques des veines de la partie supérieure du tronc qui pût donner l'explication de ce phénomène, il faut sans doute la rapporter au peu de développement de la circulation collatérale.

Je ne puis terminer ces réflexions sans signaler l'étude assez complète qui a été faite de cette dernière. Le sang des parties supérieures du tronc revenait à la veine cave inférieure presque exclusivement par les veines superficielles et par les veines intercostales supérieures, qui le versaient dans la veine azygos ; celle-ci n'avait que 4 lignes de diamètre. La presque insuffisance d'une aussi étroite communication, permet de se rendre compte des divers accidents survenus pendant la vie.

ARTICLE PREMIER. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'ai rapporté les trois observations qu'on vient de lire, pour démontrer, d'une part, que l'oblitération de la veine cave supérieure peut résulter de causes diverses, et, d'une autre part, que ces causes peuvent imprimer à la veine des modifications fort différentes. Ces différences sont telles, en effet, qu'il me serait impossible de faire une étude générale de la lésion veineuse ; aussi suivrai-je, pour décrire les altérations qui ont été constatées, les divisions que j'ai établies au commencement de ce travail. Indépendamment de la lésion de la veine cave, qui est la principale, je me propose de faire ressortir les modifications qu'éprouve le système veineux en général, et de rechercher comment se rétablit la circulation, lorsque le tronc principal de la moitié supérieure du corps est oblitéré. Les autres lésions anatomiques sont d'un ordre plus secondaire, et je me contenterai de les indiquer.

§ 1er. — *Oblitérations par concrétions sanguines.*

Lorsque l'on fend la veine cave supérieure, on la trouve toujours obstruée par un caillot. Celui-ci a offert des différences assez marquées dans les cinq observations que j'ai réunies. Une fois (1) il s'étendait depuis l'entrée de la veine cave dans l'oreillette jusqu'à l'origine des veines sous-clavières et jugulaires; une fois (VIe obs.), au contraire, il avait à peine quelques centimètres de longueur, commençant à 4 centimètres au-dessus de l'embouchure auriculaire et s'étendant jusque dans la cavité de l'oreillette même. Dans ce dernier cas, le seul qui soit pourvu de détails assez complets, le

(1) Barth, *Bulletins de la Société anatomique.*

caillot était très dense, organisé, de couleur noirâtre d'abord et qui devenait bientôt jaunâtre, analogue à celle du pus, mais avec beaucoup plus de consistance ; son adhérence à la veine était très intime. Dans une observation de Reid (1), le caillot avait 2 pouces d'étendue, et la veine était transformée en un cordon arrondi, comme cartilagineux au toucher. D'autres fois (2), enfin, c'était une véritable concrétion fibrino-albumineuse se prolongeant non-seulement dans la veine cave supérieure, mais encore dans les sous-clavières et jugulaires, et même dans la veine cave inférieure. Ces concrétions étaient généralement très adhérentes aux parois de la veine. Trois fois l'adhérence était extrêmement intime et le caillot faisait corps avec la veine ; deux fois, au contraire, elle n'avait lieu que par des filaments plus ou moins denses et résistants.

L'embouchure de la veine cave dans l'oreillette n'a été examinée que deux fois : une fois elle était remplacée par un cul-de-sac; dans le second cas, l'orifice de la veine n'était indiqué que par une légère dépression, et dans ce point l'oreillette offrait une espèce de diverticulum digitiforme.

La paroi interne de la veine était dans trois cas d'un rouge très foncé ; deux fois elle était revêtue, au-dessus du caillot et dans une étendue de 4 à 5 centimètres, d'une fausse membrane dense, épaisse et intimement adhérente à la veine, à laquelle elle donnait une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Cette fausse membrane fut examinée au microscope ; on n'y trouva que des granules moléculaires, des globules graisseux et des éléments fibroïdes.

Dans trois de ces observations la veine était englobée

(1) Obs. de Reid et Thompson, dans *Archiv. gén. de médecine*, 2e sér., t. VIII, p. 115.

(2) Bouillaud, *loc. cit.*

au milieu d'une masse de tissu cellulaire dense, qui paraissait infiltré de matière plastique. Cette masse, plus ou moins volumineuse, réunissait à la veine quelques-uns des organes voisins, et leur adhérence était assez intime pour qu'on ne pût les séparer qu'à l'aide du bistouri. Dans l'observation de Reid, on trouva dans l'épaisseur de cette masse quelques concrétions calcaires qui environnaient le cordon veineux, et qui paraissaient provenir des ganglions bronchiques.

Il est difficile de se rendre exactement compte de la manière dont se sont formées les concrétions sanguines que nous venons de décrire. On comprend facilement que le sang se coagule dans la veine cave quand ce vaisseau, étant comprimé par une tumeur, la circulation y est rendue plus lente et plus difficile. On s'explique aussi que la coagulation ayant commencé dans l'un des affluents de la veine cave, finisse par s'étendre jusqu'à ce vaisseau lui-même. Mais dans les faits qui ont servi de base à nos descriptions, rien de pareil n'a été rencontré. La coagulation était bornée à une étendue limitée de la veine cave, et rien, dans le trajet de ce vaisseau, ne pouvait y ralentir ou interrompre le cours du sang. C'est donc à une autre cause que nous devons attribuer la formation de ces concrétions. Les lésions caractéristiques qui existaient dans trois de nos observations, nous paraissent mettre hors de doute l'existence d'une phlébite circonscrite. Nous avons trouvé, en effet, dans ces trois cas, une adhérence intime et complète du caillot avec les parois veineuses, des fausses membranes formées sur ces mêmes parois au-dessus du caillot, un épanchement de lymphe plastique autour de la membrane externe de la veine, en un mot tous les caractères de la phlébite.

Maintenant sous quelle influence s'est développée cette phlébite? C'est ce qu'il est impossible de dire. Dans

l'une de mes observations, il existait une cachexie cancéreuse, et c'est sans doute sous cette influence que le sang s'est d'abord coagulé dans la veine, la phlébite n'ayant été que consécutive. Mais dans les deux autres observations, il n'existait aucune trace de cachexie ou de maladie. La phlébite a donc été primitive. Il me paraît d'un haut intérêt de constater la possibilité de la coagulation du sang par phlébite spontanée dans la veine cave supérieure, c'est-à-dire dans un vaisseau très court, dépourvu de valvules, et dans lequel la direction du sang est tout à fait perpendiculaire.

§ 2. — *Oblitérations par compression produite par une tumeur.*

Lorsque l'oblitération reconnaît pour cause la présence d'une production hétérologue, elle peut avoir lieu de deux manières : ou bien c'est une tumeur cancéreuse qui se développe dans l'intérieur même de la veine, et l'obstrue, ou bien la dégénérescence a envahi l'un des organes voisins, et en augmentant successivement de volume, elle arrive à comprimer, puis à détruire complétement le vaisseau.

Le premier cas est le plus rare, nous n'avons pu en réunir que trois observations (1), encore sont-elles fort incomplètes. Elles nous apprennent que la tumeur naît à la surface de la veine, dans une étendue plus ou moins considérable ou par un pédicule allongé, elle remplit la cavité de la veine et s'étend quelquefois jusque dans l'oreillette ou jusqu'aux troncs brachio-céphaliques. Dans l'observation de J.-N. Marjolin (2), qui est la plus complète et la plus intéressante, la veine cave était oblitérée par une tumeur fusiforme qui adhérait assez intimement

(1) *Obs. de Thouret.* — Pièce n° 150 du Musée Dupuytren. — Cruveilhier, *Anat. pathologique,* avec planches, livraison 29.

(2) Voyez Marjolin, Thèse inaugurale, 1808.

à la membrane interne et y prenait naissance par un pédicule allongé. Cette tumeur, de nature évidemment cancéreuse, s'étendait depuis l'embouchure de la veine dans l'oreillette jusque dans le tronc de la veine sous-clavière gauche; elle était surmontée par un petit caillot de sang noir, sa surface était polie et ses extrémités mousses. Dans ces trois cas il existait des tumeurs cancéreuses dans les organes voisins. Malgré cette affirmation, on pourrait à bon droit se demander si ce sont bien réellement des faits de cancer développés dans les veines. Les observations, sauf celles de Marjolin, sont tellement dénuées de détails, qu'on resterait dans le doute si M. Cruveilhier n'apportait pas à cette opinion l'appui de sa haute autorité. Cet éminent anatomiste ne doute pas de la nature cancéreuse des produits que nous avons mentionnés.

Lorsque ce sont des tumeurs tuberculeuses ou cancéreuses qui se développent autour de la veine cave, elles agissent sur ce vaisseau, d'abord en le comprimant, et en diminuant ainsi sa capacité. Cette compression peut avoir lieu d'une manière directe; une masse tuberculeuse énorme développée entre la colonne vertébrale et la veine cave supérieure, comprimait celle-ci en lui faisant décrire une espèce de révolution autour d'elle, de manière à rapprocher ses parois et à intercepter le cours du sang (1). Le plus ordinairement la compression agit d'une manière circulaire, comme l'avait déjà indiqué M. Cruveilhier (2); elle détermine une sorte de plissement des parois des vaisseaux sans aucunement les altérer, de façon qu'en enlevant la veine on peut l'étaler et lui retrouver sa largeur et sa texture normale. Comme nous le verrons dans une des observations que nous rapporterons plus loin (voy. Obs. VI), il n'est pas né-

(1) Tonnelé, *Journal hebdomadaire de médecine*, t. V, 1829.
(2) *Anatomie patholog. générale*, Paris, 1852, t. II, p. 327.

cessaire que la capacité du vaisseau soit complétement effacée pour qu'il survienne tous les symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure. Cette disposition de la veine facilite beaucoup la formation des caillots et des concrétions sanguines.

La membrane interne de la veine a toujours été trouvée pâle et sans injection, hormis les cas où il existait des caillots.

A un degré plus avancé, la tumeur cancéreuse envahit les parois de la veine elle-même, de telle façon que celle-ci finit par disparaître (1). Les parois de la veine cave sont converties dans le tissu de la tumeur et confondues avec elle; on y trouve quelquefois des caillots organisés qui paraissent participer à la dégénérescence. Dans une de nos observations, nous avons pu suivre l'amincissement de la membrane interne qui disparaissait très vite dans la tumeur, au milieu de laquelle on ne trouvait trace ni de la veine cave, ni du tronc brachio-céphalique droit, non plus que de l'embouchure de la veine azygos (voy. la planche). La même chose fut observée dans notre IIe observation, et même ici on put constater que les caillots sanguins eux-même participaient à la dégénérescence cancéreuse.

§ 3. — *Oblitérations par compression d'un anévrysme de l'aorte.*

Les anévrysmes de l'aorte, lorsqu'ils arrivent en contact avec la veine cave supérieure, agissent sur elle en la comprimant et en déterminant tantôt la coagulation du sang, tantôt une sorte d'inflammation adhésive entre les feuillets opposés de la membrane interne. Dans un cas (2) la veine était aplatie, obstruée en partie par un

(1) *Journal analytique*, décembre 1828. — Bailly, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.
(2) Reynaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. II, p. 112.

caillot fibrineux, qui pouvait laisser passage à une petite colonne de sang. Là où se terminait le caillot, c'est-à-dire à un pouce de son insertion à l'auricule, les parois de la veine étaient tellement rapprochées, qu'elles avaient contracté des adhérences au moyen de brides fibreuses bien organisées et d'une texture celluleuse. A un degré avancé (1), la veine est complétement aplatie et oblitérée, les tuniques sont entièrement confondues avec le sac anévrysmal dans une étendue plus ou moins considérable.

Épanchements pleurétiques. — Les épanchements pleurétiques, qui semblent devoir être la conséquence immédiate de l'oblitération de la veine cave sont moins fréquents qu'on ne pourrait le supposer. En effet, ils n'ont été notés que dans la moitié environ des cas, 9 fois. Trois fois il existait des adhérences d'un côté et un épanchement médiocre de l'autre. Quatre fois il y avait un épanchement d'un seul côté, deux fois à droite et deux fois à gauche. Enfin, deux fois l'épanchement était double, mais inégal des deux côtés, plus fort à droite qu'à gauche.

Le liquide épanché était de la sérosité limpide citrine, mêlée trois fois seulement de flocons albumineux et de fausses membranes. La quantité du liquide n'a été évaluée exactement dans aucune de nos observations. L'épanchement est noté comme médiocre dans la plupart des cas.

Épanchement péricardique. — On a rarement constaté l'existence d'un épanchement dans la cavité du péricarde. Nous ne le trouvons mentionné que dans trois de nos observations. Il existait de 50 à 80 grammes de sérosité transparente, sans flocons albumineux et sans aucune lésion de la séreuse. Une fois le feuillet antérieur du péricarde avait été envahi par une tumeur cancéreuse et avait participé à la dégénérescence.

(1) Martin Solon (voy. obs. III°). — Deckart, *Archives de médecine*, 1835, p. 119. — Bouillaud, *loc. cit.*

Encéphale. — L'encéphale n'a généralement offert que très peu de lésions; il a été examiné dans dix cas, et trois fois seulement on a constaté l'existence d'une injection assez marquée de la substance cérébrale. Il y avait un piqueté assez abondant. Dans les autres faits, le cerveau était pâle, de consistance médiocre; cinq fois on a trouvé l'arachnoïde infiltrée, il existait en même temps dans les ventricules un épanchement de sérosité de 40 à 80 grammes.

Les vaisseaux cérébraux étaient dans presque tous les cas fortement congestionnés, la pie-mère très injectée, les sinus gorgés de sang; dans l'observation de M. Tonnelé, il existait dans le sinus longitudinal supérieur une concrétion sanguine qui s'étendait jusque dans les veines jugulaires internes et la veine cave supérieure.

Le cœur était le siége d'altérations dans un certain nombre de cas. Cinq fois on a constaté une hypertrophie avec dilatation de ses parois, une fois la dilatation était bornée à l'oreillette droite; deux fois au ventricule gauche. Une fois l'oreillette droite était très petite et rétractée jusqu'au volume d'une noix. Quatre fois le cœur était sain. Les valvules n'ont offert d'altérations dans aucun cas.

Indépendamment des lésions que nous venons d'énumérer, il existait six fois des tumeurs cancéreuses dans divers organes. Une fois on trouva les traces d'une hémorrhagie cérébrale, et deux fois seulement des tubercules dans les poumons.

Nous avons examiné très succinctement les lésions anatomiques qui n'appartiennent pas directement à l'oblitération de la veine cave. Comme notre but est surtout de faire ressortir les altérations de ce vaisseau, nous avons omis à dessein, comme n'appartenant pas à notre sujet, la description des tumeurs cancéreuses, anévrysmales, et autres, que nous n'avons fait qu'indiquer.

Système veineux. — La circulation se trouvant rendue

impossible dans le tronc veineux principal de la partie supérieure du corps, il en résulterait rapidement des accidents de la plus haute gravité, si le développement d'une circulation collatérale ne venait offrir au sang des voies de retour vers l'oreillette droite. Pour suffire à cette nouvelle circulation, les veines superficielles et profondes subissent des modifications considérables, qu'il serait très intéressant d'étudier, si la plupart des auteurs n'avaient négligé de les rechercher. Nous ne trouvons, en effet, que cinq observations dans lesquelles elles aient été notées, et encore, une d'entre elles a donné un résultat négatif. C'est donc d'après quatre faits seulement, que nous étudierons les changements survenus dans le système veineux.

Ces changements ont été observés dans les veines superficielles et profondes de la partie supérieure et même de la partie inférieure du corps. Le réseau capillaire lui-même est affecté, et nous verrons dans la symptomatologie que l'un des phénomènes les plus constants est la stase sanguine (cyanose) avec dilatation des vaisseaux capillaires de la face, du cou, quelquefois de la partie supérieure du tronc, et souvent des conjonctives oculaires. Mais les modifications sont bien plus marquées dans les veines superficielles de la partie supérieure du corps. Les veines de la face et du front deviennent très apparentes, elles sont quelquefois tellement distendues que dans deux de nos observations elles formaient un relief comparable pour le volume à celui d'une plume d'oie. Les veines superficielles du tronc, de la poitrine, du cou et de l'aisselle, sont également très dilatées et largement anastomosées ensemble. Elles offrent quelquefois une saillie si considérable qu'on a pu comparer les jugulaires à une corde tendue. Dans l'observation de M. Reynaud, les veines des épaules très développées et sinueuses, surtout à droite, s'anasto-

mosaient par des rameaux nombreux auxquels se joignaient quelques veines du bas-ventre, et surtout des épigastriques. Dans notre première observation il existait sur le devant de la poitrine une dilatation des veines sous-cutanées, très nombreuses, de couleur rouge violacée, offrant des varicosités qui s'unissaient entre elles par de fréquentes anastomoses.

Les veines des bras peuvent également subir une dilatation assez grande, mais plus rarement, puisque le fait n'a été constaté qu'une fois. A la partie inférieure du corps, la veine épigastrique, les lombaires et quelques veines sous-cutanées de la cuisse ont offert, dans trois cas, une légère dilatation; les épigastriques s'anastomosaient avec les veines thoraciques, et les anastomoses étaient très apparentes.

Aucune des veines superficielles n'a été examinée à l'autopsie, elles n'ont été ni ouvertes ni mesurées, de sorte qu'il n'est pas possible de juger du degré de leur dilatation.

Les veines profondes ont été étudiées dans trois cas, avec des détails suffisants pour nous permettre de suivre exactement le cours du sang veineux. L'une des observations nous semble même assez complète pour que nous en transcrivions ici tout ce qui a trait au système veineux.

IVe OBSERVATION. — *Oblitération de la veine cave supérieure. Dilatation des veines profondes de la moitié supérieure du corps* (1).

Les grosses veines du cou se réunissaient, comme à l'ordinaire, à la veine cave supérieure qui s'oblitérait subitement au point indiqué. La veine azygos avait le double de son volume ordinaire, et devenait brusque-

(1) Reid et Thompson, *loco citato*, p. 115-119.

ment imperméable dans le point où elle s'unit à la veine cave oblitérée. Les veines intercostales droites, surtout la supérieure, étaient considérablement dilatées; une veine de la grosseur d'une plume ordinaire passait entre la veine cave, immédiatement avant son oblitération et la partie supérieure de la veine azygos. Cette dernière recevait à la hauteur ordinaire, c'est-à-dire vers la septième vertèbre dorsale, la branche qui est appelée veine demi-azygos, et qui avait plus du double de son volume ordinaire. On ne put apprécier l'état des veines intercostales supérieures du côté gauche, parce qu'elles avaient été presque entièrement détruites; mais à en juger par ce qui en restait, elles devaient avoir été considérablement agrandies. En insufflant de l'air dans l'azygos et la demi-azygos, on vit que ces veines conservaient leur ampleur anormale jusqu'au niveau du diaphragme, et qu'elles formaient plusieurs flexuosités. L'air passa librement dans la cavité des veines intercostales et lombaires supérieures qui étaient dilatées, et distendit toutes les veines lombaires, ainsi que la veine cave ascendante. Une veine qui avait au moins le volume d'une plume à écrire, et qui était formée par une branche provenant de chaque azygos, passait à travers la partie gauche de l'ouverture aortique du diaphragme, et s'unissait à la veine cave inférieure, près du point où celle-ci reçoit les veines rénales. Les veines mammaires internes avaient été détruites, mais les veines épigastriques avaient leur volume ordinaire: ainsi il n'y avait pas un reflux du sang dans cette direction. Tout le sang veineux du corps, excepté celui de la veine coronaire, étant versé dans l'oreillette droite par la veine cave inférieure, cette veine était aussi considérablement dilatée. A son entrée dans le cœur, elle pouvait presque admettre trois doigts. Les veines azygos communiquent ordinairement avec les veines rénales, mais ici on ne

put savoir si cette communication existait ou si elle était élargie, parce que les reins avaient été enlevés.

Des deux autres observations, l'une offre une assez grande analogie avec la précédente au point de vue du système veineux, la troisième en diffère d'une manière notable. Dans les deux premiers cas (obs. I et IV) la veine azygos était imperméable à son embouchure dans la veine cave; elle était largement dilatée; une fois elle avait le double de son diamètre normal; l'autre fois elle mesurait 3 centimètres 1/2; flexueuse, elle communiquait avec les lombaires et les rénales, etc. Les veines intercostales droite et gauche étaient très dilatées dans un cas, un peu moins dans l'autre. La demi-azygos n'a été recherchée et trouvée qu'une fois; elle était flexueuse et d'un volume double de l'état normal. Les veines épigastriques étaient dilatées dans un cas et s'anastomosaient avec les veines thoraciques; dans l'autre, elles avaient conservé leur volume normal. Enfin, la veine cave inférieure a été trouvée très dilatée dans l'observation précédente, et de l'air, insufflé par la veine azygos, y pénétrait facilement.

Dans la troisième observation, au contraire, la veine azygos, imperméable aussi à son embouchure dans la veine cave, n'offrait aucune dilatation, elle n'avait plus que 4 lignes de diamètre. Les veines intercostales et mammaires internes n'ont offert rien de particulier.

Les veines sous-cutanées, au contraire, du cou, du dos, des membres supérieurs et surtout celles de la poitrine, étaient très saillantes et offraient une augmentation du double à peu près de leur volume ordinaire.

Pour résumer ces caractères en deux mots, nous trouvons dans les trois cas : la veine cave oblitérée et la veine azygos imperméable à son origine. Cette dernière était deux fois très dilatée, et une fois elle avait un peu

moins de son volume normal. Avec ce double fait, auquel nous rattachons les caractères que nous avons énumérés plus haut, voici, à ce qu'il nous paraît, la manière dont la circulation veineuse de la partie supérieure du tronc s'est rétablie.

Dans les deux premiers cas (v. azygos dilatée), le sang a pris son cours par les mammaires internes, les superficielles du thorax et peut-être les vertébrales. Celles-ci, par les intercostales supérieures et les lombaires supérieures, ramenaient le sang dans les veines azygos et demi-azygos. Ces dernières servaient en quelque sorte de réservoir au sang veineux qui revenait des parties supérieures par un cours rétrograde. Au moyen des veines azygos, le sang arrivait directement ou par les veines rénales dans la veine cave inférieure. Dans une de nos observations, on voyait une veine supplémentaire qui émanait des deux azygos, passait à travers l'ouverture du diaphragme et aboutissait directement dans la veine cave. L'établissement de la circulation a donc eu lieu exclusivement par les veines de la partie supérieure du corps, qui aboutissaient directement à la veine azygos considérablement dilatée ; les veines abdominales et épigastriques ne paraissent avoir servi que dans un cas, et encore ce ne paraît être que dans une faible proportion.

Dans l'observation de M. Martin Solon (v. azygos rétrécie), les choses ne se sont point passées ainsi. Indépendamment de l'oblitération de la veine cave, les veines brachio-céphaliques étaient elles-mêmes oblitérées, et néanmoins les veines azygos n'avaient subi aucune dilatation. Les veines superficielles du tronc et les épigastriques seules étaient très élargies et distendues, et il semble que le retour du sang s'est effectué par les veines superficielles et les épigastriques, qui l'ont ramené médiatement dans la veine cave inférieure.

Malgré la dilatation considérable qu'avaient subie ces vaisseaux, il est difficile de concevoir comment tout le sang de la veine cave supérieure a pu passer aussi librement qu'il est nécessaire dans la veine cave inférieure, d'autant plus que le sang était obligé de suivre une marche rétrograde. Il est donc probable que les intercostales supérieures, les lombaires et les épigastriques n'ont pas été étrangères au rétablissement du cours du sang. On comprend facilement qu'une circulation si insuffisante ait amené de la cyanose, des hémorrhagies, des épanchements et un œdème très considérable. Mais ce qui est plus difficilement explicable, c'est que ces accidents ont été lents et prolongés, car je ne crois pas qu'on puisse accepter l'opinion de M. Martin Solon, qui pense que, le système artériel versant dans les parties supérieures moins de sang que dans l'état normal, un système veineux de facile retour était moins nécessaire au malade.

ARTICLE II. — SYMPTÔMES.

L'oblitération de la veine cave supérieure est caractérisée par les symptômes suivants :

La maladie débute ordinairement par de la toux et de la dyspnée, et quelquefois par une orthopnée intense : il n'est pas rare de trouver du sang dans les crachats, pur ou mélangé à des matières muqueuses ; quelquefois même il survient une véritable hémoptysie ou des vomissements de sang. A ces symptômes se joignent aussi des palpitations de cœur plus ou moins marquées. Dans d'autres circonstances, les premiers phénomènes sont de la céphalalgie, des vertiges, une tendance marquée aux congestions cérébrales qui peuvent revenir sous l'influence de causes souvent légères. Enfin, la maladie peut commencer d'emblée par l'œdème de la face. En tout cas, ce

dernier symptôme ne tarde pas à survenir et constitue un des plus importants. L'œdème commençant par l'un ou l'autre côté de la face, envahit bientôt cette région tout entière, s'étend au front et au cuir chevelu. Plus tard, le cou et les extrémités supérieures s'infiltrent. A un degré plus avancé les parois thoraciques antérieures et postérieures sont envahies, mais l'œdème s'arrête assez brusquement à la région ombilicale, qu'il ne dépasse que très rarement. Cet œdème de la moitié supérieure du tronc offre un contraste très frappant avec la sécheresse de la partie inférieure qui conserve son volume normal. C'est là un des caractères les plus curieux et les plus intéressants de la maladie. Les parties œdématiées ne tardent pas à prendre une teinte bleuâtre qui est marquée surtout à la face, à laquelle elle donne l'apparence de la cyanose, et qui augmente sous l'influence de toutes les causes qui peuvent gêner le retour du sang des parties supérieures (efforts, accès de toux, etc.) Enfin les veines superficielles de la face, du cou, de la poitrine se dilatent, deviennent très apparentes, et offrent quelquefois à la surface une ligne rosée qui dessine leur trajet. Bientôt surviennent de la céphalalgie, des vertiges, lorsque le malade fait un mouvement un peu étendu ; quelquefois ce sont de véritables congestions cérébrales qui se dissipent plus ou moins rapidement, et même des attaques d'apoplexie. Habituellement les nuits sont pénibles, agitées et sans sommeil, et quand le malade s'endort il est fréquemment réveillé en sursaut. Quelquefois il y a des hémorrhagies, des épistaxis, des hémoptysies, des vomissements de sang ; dans d'autres circonstances, il y a une expectoration de crachats sanglants ou sanguinolents. En même temps, on note de la dyspnée ou de l'orthopnée et même, mais assez rarement, des accès de suffocation. Il survient une toux plus ou moins fréquente avec expectoration à caractère variable.

La percussion et l'auscultation donnent des résultats qui varient suivant les causes diverses de l'oblitération veineuse et suivant les maladies de poitrine accidentelles qui ont pu survenir. Au milieu de ces phénomènes, le pouls reste calme et ne devient fébrile que vers la période ultime de la maladie. Il y a souvent des palpitations, surtout quand il existe une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. Enfin, dans quelques cas, on trouve de l'albumine dans les urines. Ces symptômes persistent quelquefois sans variations appréciables; mais le plus ordinairement l'œdème de la face augmente, celle-ci devient énorme, elle offre alors une teinte violacée très marquée, les lèvres sont bleuâtres, les conjonctives ont une teinte rouge très foncée. L'œdème des bras et de la poitrine augmente également, les veines deviennent de plus en plus saillantes et apparentes; les phénomènes cérébraux deviennent plus graves, il y a du délire, du coma, de l'agitation, auxquels se joint une fièvre plus ou moins intense, et le malade ne tarde pas à succomber. Dans quelques cas, la mort survient inopinément, sans que rien ait pu faire prévoir une terminaison funeste aussi rapide.

Tel est le tableau général de la maladie; mais on n'en aurait qu'une idée incomplète, si nous ne revenions pas sur les principaux symptômes, afin d'en étudier la fréquence et le degré d'importance.

1° *Début.* — Les symptômes qui caractérisent le début varient non-seulement suivant la cause qui détermine l'oblitération veineuse, mais encore suivant que cette cause agit lentement ou brusquement.

En général, l'apparition des premiers symptômes remonte à une époque fort variable. Sur huit observations où le début de la maladie a été noté, il remontait à plusieurs mois chez l'un, à cinq mois chez deux, à six semaines chez deux autres; un sixième éprouvait des

étouffements depuis quatre ans; les deux derniers ont ressenti les premiers symptômes à une époque qui a varié d'un mois à six semaines.

Les symptômes principaux du début ont été de la toux et de la dyspnée. La dyspnée a offert une intensité variable : quelquefois assez légère, elle acquérait rapidement une grande intensité au point de déterminer une véritable orthopnée avec des accès de suffocation. La toux était généralement assez forte, quinteuse, avec une expectoration muqueuse; trois fois seulement on a pu constater la présence du sang pur ou mêlé aux crachats. Une fois il a existé, trois ans avant l'apparition des premiers symptômes et nonobstant l'absence de tubercules, de véritables hémoptysies.

L'existence de la toux et de la dyspnée, tout en se rattachant à l'oblitération de la veine cave, semble se rapporter plus particulièrement aux affections intra-thoraciques, etc., qui l'ont déterminée; mais elles n'en doivent pas moins être considérées comme des symptômes du début. Il en est de même des palpitations de cœur, qui ont existé surtout chez les malades où l'on trouvait un anévrysme de l'aorte, et quelquefois aussi (quatre fois) chez ceux qui offraient les organes de la circulation dans un état d'intégrité complète. Quatre fois on a noté au début de la maladie des vertiges, de la céphalalgie, une tendance très marquée aux congestions cérébrales qui, dans deux cas, revenaient à la moindre cause, à la suite d'un mouvement violent, pendant un fort accès de toux, etc. Dans trois observations, le premier symptôme a été la bouffissure de la face tantôt bornée à un côté, tantôt s'étendant à toute la figure. Une fois elle débuta six semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, envahit toute la face, persista sans changement pendant quatre semaines, et disparut complétement pendant huit jours pour revenir.

La plupart de ces phénomènes ont eu une marche

lente et un développement progressif, et on le comprend facilement si l'on se reporte aux causes habituelles de l'oblitération de la veine cave dont l'action est lente et progressive. Mais il peut arriver que tous les symptômes surviennent brusquement et arrivent presque d'emblée à leur summum. M. Cruveilhier rapporte dans son *Traite d'anatomie pathologique* un fait de ce genre. Il suffit de quarante-huit heures pour que la maladie fût caractérisée. Du reste, cette observation, quoique très courte, est assez intéressante pour prendre place dans ce travail.

V° OBSERVATION.—*Signes d'oblitération de la veine cave aperçus brusquement après une mauvaise nouvelle* (1).

Un négociant apprend une nouvelle imprévue qui change sa position et celle de ses enfants. Saisissement profond : quarante-huit heures après, le côté droit de la face devient cyanosé et tuméfié ; trente heures plus tard, l'état cyanique se manifeste au côté gauche. Ce ne fut que deux mois après le saisissement que M. Cruveilhier fut consulté. La face, le cou sont considérablement tuméfiés, œdémateux, de couleur violacée. Un grand nombre de plaques violacées se voient sur le thorax ; les membres supérieurs sont cyanosés et tuméfiés depuis douze jours. Toutes les veines superficielles capillaires et autres sont dilatées. La dilatation veineuse et l'œdème sont bornés à la moitié supérieure du corps. Le malade observait que le repos et la tranquillité rétablissaient un peu l'équilibre de la circulation. M. Cruveilhier n'a plus revu ce malade.

Il y a certainement ici tous les symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure ; et ce qui leur donne

(1) Cruveilhier, *Traité d'anat. patholog. gén.*, t. II, p. 346.

un caractère spécial, c'est qu'ils sont survenus brusquement et sous l'influence d'une émotion morale vive. Avec ce que nous savons des causes pathologiques des oblitérations veineuses, il est très difficile de s'expliquer la brusquerie de ce début, et malheureusement l'absence de détails suffisants ne nous permet pas même de faire des conjectures à cet égard. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette observation ressemble sous beaucoup de rapports à quelques faits d'anévrysmes variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure que nous avons consultés, et sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de ce travail ; mais elle établit jusqu'à nouvel ordre la possibilité d'un début brusque dans la maladie que nous étudions.

2° *OEdème de la face et de la moitié supérieure du corps.* — Sur dix-neuf observations que nous avons réunies, l'œdème de la face a été constaté quatorze fois, et encore sur les cinq autres observations quatre très incomplètes ne font pas mention de ce symptôme, et une fois seulement (1) on a noté qu'il n'existait aucun œdème ni à la face, ni au tronc ; et comme le fait a été publié par un observateur recommandable, il n'est pas permis de douter de son authenticité. L'œdème de la face est donc un symptôme qu'on peut dire presque constant de l'oblitération de la veine cave supérieure. Il ne se développe pas de la même manière dans tous les cas ; quelquefois il est assez léger au début et siége surtout à la partie inférieure de la face, mais il ne tarde pas à augmenter. Dans certains cas, il n'envahit d'abord qu'un seul côté et généralement c'est le côté droit, mais bientôt il s'étend au côté gauche. D'autres fois la face entière devient bouffie toute à la fois, l'œdème occupe les joues, les lèvres, les paupières ; celles-ci sont généralement peu infiltrées au début, mais

(1) Tonnelé, *loc. cit.*

l'infiltration peut augmenter et nécessiter des mouchetures, comme cela est arrivé dans quelques cas. Le front et le cuir chevelu peuvent devenir eux-mêmes le siége de la suffusion séreuse ; de façon que la face prend quelquefois la forme qu'elle a dans l'érysipèle, sauf la rougeur qui manque.

A une époque variable, mais généralement peu avancée, et quelquefois dès les premiers jours, l'œdème s'étend au cou, qui acquiert alors un volume considérable. Il arrive, dans quelques cas, jusqu'à la partie antérieure de la poitrine, envahit les seins, et ne s'arrête que vers la région ombilicale qu'il dépasse rarement; en arrière la nuque et la partie supérieure du dos sont assez souvent œdématiées. Les caractères de l'œdème ont offert d'assez grandes variations : trois fois on a noté un œdème dur, élastique, résistant et ne conservant pas l'impression du doigt, exactement comme on l'a remarqué dans la *phlegmatia alba dolens*. Dans les autres cas, l'œdème était mou, se laissait déprimer par le doigt dont il gardait l'empreinte ; une fois l'œdème offrait un tremblotement comme gélatiniforme (1). Enfin, dans une de nos observations, nous avons trouvé autour du cou de véritables nodosités dures, résistantes, que l'autopsie nous a démontrées être de nature graisseuse, et qui avaient résisté à l'infiltration séreuse.

En général, l'œdème reste permanent jusqu'à la fin de la vie : nous avons pourtant recueilli deux faits dans lesquels l'œdème eut des alternatives de diminution et d'augmentation ; dans l'un d'eux (voy. obs. II), il disparut complétement pendant huit jours pour revenir et persister. L'œdème peut diminuer aussi, comme cela est arrivé dans deux autres cas, sous l'influence d'émissions sanguines et de purgations réitérées; mais alors

(1) Marchal de Calvi, *Mém. sur la tubercul. ganglio-bronchiq.*, p. 3.

aussi la diminution a été tout à fait momentanée. Il est facile du reste de comprendre le mécanisme de ce phénomène, Dès que, par une cause quelconque, le retour du sang des parties supérieures du corps est rendu plus facile, soit par le développement de la circulation collatérale, soit par les effets d'une médication qui a diminué la masse du sang ou sa plasticité, l'œdème doit diminuer ou même disparaître. C'est sans doute ce qui est arrivé chez le sujet de la septième observation. La face était assez fortement bouffie ; quatre à cinq mois avant la mort, elle diminua graduellement de volume, et la bouffissure n'existait plus lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Il est probable, comme nous le verrons plus loin, que dans ce cas la circulation collatérale s'était suffisamment développée depuis le début de la maladie, pour suffire au retour du sang, et qu'il en était résulté la disparition de quelques-uns des symptômes de l'oblitération.

Les extrémités supérieures ont offert de l'œdème dans presque tous les cas où il en existait à la face. Il a été noté quinze fois, et s'il ne l'a pas été plus souvent, cela tient peut-être à l'inattention des observateurs ; car, sur les huit autres observations, une fois seulement on a constaté l'absence de ce symptôme ; dans les autres cas, il n'en est pas fait mention. Trois fois il a été borné à l'un des membres, et toujours alors au bras droit. Dans ces trois cas, l'infiltration reconnaissait pour cause l'obturation de la veine axillaire droite, tantôt par une tumeur tuberculeuse, tantôt par une tumeur cancéreuse ; une troisième fois enfin par une concrétion sanguine. Dans les huit autres observations, les deux bras étaient infiltrés, mais toujours à des degrés différents ; quatre fois l'œdème avait débuté par le bras droit ; celui-ci était devenu très volumineux, et ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie que le bras gauche s'est gonflé à son tour, mais toujours alors le gonflement est

resté moins considérable qu'à droite. Une seule fois (voy. obs. II) l'œdème a débuté par le bras gauche et est resté beaucoup plus considérable de ce côté que de l'autre. Cette particularité tenait à ce que la veine sous-clavière gauche était englobée au milieu d'une masse de tumeurs cancéreuses dont elle avait subi la dégénérescence.

Dans la plupart des cas, l'œdème envahit également le cou (neuf fois) et le tronc dans la partie thoracique, en avant et en arrière. Quatre fois il est resté borné au cou, et dans l'une de nos observations il était plus marqué à gauche qu'à droite. Dans les autres, l'infiltration avait envahi la poitrine, s'arrêtait à la région ombilicale et ne disparaissait pas brusquement, mais par gradation et en diminuant insensiblement.

En général, l'œdème commence par la face, s'étend ensuite au cou, pour atteindre plus tard seulement les extrémités supérieures. Nous n'avons trouvé que l'observation suivante où cet ordre ait été interverti, et où l'infiltration a commencé par les extrémités supérieures.

Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, et nous a été communiquée par M. Goupil, interne distingué des hôpitaux.

VIe OBSERVATION. — *Tumeur cancéreuse du poumon droit comprimant la veine cave supérieure ; œdème de la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques seulement.*

Joseph (Roch), âgé de soixante-six ans, ouvrier en allumettes chimiques, entra le 25 mai 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Madeleine, 20.

C'est un homme de petite stature, pâle, à chairs flasques, d'une maigreur prononcée ; il se plaint d'une toux qui le tourmente depuis longtemps, et d'un étouffement

qui accompagne cette toux. Il ajoute qu'il a la diarrhée depuis plus d'un mois. Ces renseignements sont à peu près les seuls qu'on puisse obtenir. A l'entrée du malade, on constate les phénomènes suivants : Les deux avant-bras sont le siége d'un œdème douloureux au toucher et surtout à la pression, la distension même déterminée par l'œdème est douloureuse. Le gonflement a débuté par les mains, il occupe le dos de la main, le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude. Il est également marqué aux deux faces du membre, ce qui lui donne une forme tout à fait arrondie. Il conserve l'impression du doigt. La peau offre une coloration d'un blanc légèrement mat. Les vaisseaux de l'extrémité supérieure n'offrent aucune lésion appréciable, non plus que les ganglions du coude et de l'aisselle.

La partie inférieure du cou est également œdématiée ; les tissus sont plus flasques qu'au bras, et le gonflement n'existe qu'à la demi-circonférence antérieure ; les veines jugulaires et de la face n'offrent aucune trace de lésion.

La face n'est pas œdématiée, on ne trouve qu'une légère suffusion séreuse aux paupières supérieures et sur les parties latérales des joues. Le thorax, la partie inférieure du tronc et les extrémités inférieures n'offrent aucun œdème. Le malade semble dire que ses jambes ont été enflées, mais il ne s'explique pas très bien à cet égard (il est Allemand). La poitrine présente un peu la conformation des poitrines emphysémateuses. Il existe une saillie notable en avant et à gauche depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. En arrière, les omoplates sont soulevées et saillantes. A la percussion, on trouve en avant et à gauche une sonorité exagérée presque tympanique : dans les autres points, elle est médiocre, excepté à droite et en avant où il existe une légère matité sous la clavicule. Cette matité augmente vers la partie inférieure jusqu'à la hauteur de la réunion du tiers moyen avec le

tiers inférieur du sternum. On peut circonscrire en dehors du sternum, à trois travers de doigt environ au-dessous de la clavicule, et limitée par une légère courbe qui irait tomber un peu en dedans du mamelon, une surface carrée de trois ou quatre travers de doigt, dans laquelle on obtient une matité complète qui se continue en dedans et en bas avec celle du cœur.

L'auscultation donne à gauche et en avant une respiration très faible : en arrière, il y a quelques râles sous-crépitants et sibilants; à droite, sous la clavicule, on trouve quelques gros râles muqueux. Plus bas, l'expansion pulmonaire s'efface peu à peu et disparaît complétement vers la quatrième côte en dedans du mamelon; en dehors, elle est médiocre comme en haut et mêlée de râles très humides. Le cœur est petit, à faible impulsion, sans bruits anormaux, sans irrégularité dans le rhythme. Le pouls est médiocre à 80 ou 90. La dyspnée est intense surtout le soir et la nuit, sans qu'il y ait précisément des accès. La toux est médiocrement fréquente, sans quintes; elle détermine une expectoration catarrhale muqueuse et filante, avec quelques crachats muco-purulents d'un blanc laiteux.

La région des reins n'est pas douloureuse, les urines sont rares, troubles, albumineuses. Le malade n'a jamais eu d'hématurie. Il y a de l'inappétence et du dégoût; la langue est large, saburrale; le ventre est légèrement ballonné : depuis un mois il y a de la diarrhée.

On prescrit : sol. gom., julep gommé, lavements laudanisés, une portion.

Le surlendemain de l'entrée du malade, l'œdème augmente, il s'étend au-dessus du coude, et envahit les parties inférieures de la face, les paupières et la région antéro-supérieure de la poitrine; les extrémités inférieures en sont exemptes; les urines sont de plus en plus rares, d'un rouge foncé, elles ont déposé une matière blan-

châtre floconneuse comme de l'albumine, mais plus dense.

La matité semble augmenter sous la clavicule, où l'on entend un souffle léger dans l'inspiration.

Le 2 juin, le malade est dans la prostration ; l'œdème a envahi les bras, les épaules, le cou et toute la face ; les extrémités, surtout les mains et la face, sont légèrement cyanosées. Il y a peu de toux et peu d'expectoration. Râles abondants à la partie postérieure du poumon. Le pouls bat de 100 à 110 fois.

Les phénomènes d'asphyxie augmentent, le malade perd sa connaissance et ne la recouvre pas avant sa mort, qui eut lieu le 5 juin, sans qu'il se soit manifesté rien de particulier et sans qu'il y ait eu de l'œdème des extrémités inférieures.

Autopsie. — L'œdème décrit pendant la vie à la face, au cou, aux membres supérieurs et à la potrine persiste après la mort.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve dans le poumon droit, à la partie inférieure, antérieure et interne de son lobe supérieur, une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule, faisant partie par sa face externe du tissu pulmonaire, appuyée par sa face inférieure sur la bronche droite et sur son origine; par sa face interne sur la terminaison de la trachée. Elle donne en arrière, par sa face postérieure, dans le médiastin postérieur, et en avant, par sa face antérieure, derrière le sternum, soulevant et repoussant en avant et en dedans, dans une étendue de 4 à 5 centimètres environ, la veine cave supérieure qui traverse en diagonale, de bas en haut, la partie antérieure et interne de la tumeur.

La veine cave supérieure ainsi repoussée en avant et en dedans, est comprimée de manière à n'offrir, à partir de 2 centimètres environ de son insertion à l'oreillette, qu'un calibre à moitié moindre à peu près que celui

qu'elle présente ordinairement. Ce rétrécissement, commençant au point qui vient d'être indiqué, n'est pas tout d'abord à son maximum, il augmente peu à peu, et le calibre de la veine se rétrécit également en entonnoir jusqu'à 5 centimètres à peu près de l'origine du vaisseau, où il offre à peine le calibre d'une petite plume d'oie. Plus haut, au-dessus de la tumeur, la veine reprend son calibre normal et reçoit les veines qui la constituent. Le calibre de la veine n'est donc que rétréci, il n'y a pas oblitération complète, et dans ce point rétréci elle ne contient pas de caillots, la lumière du vaisseau est parfaitement conservée, les parois sont lisses et sans altération, à l'exception de la paroi externe, qui paraît amincie et ramollie, mais sans solution de continuité; elles sont comme plissées en long par la compression et offrent la même largeur que dans l'état normal, quand on ouvre la veine et qu'on l'étale : la veine est libre au milieu de la tumeur à laquelle elle n'adhère qu'en dedans.

L'insertion de la grande veine azygos, située au-dessous du point de compression, est parfaitement perméable; la tumeur est diffluente, blanchâtre et présente tous les caractères de l'encéphaloïde ramolli. Les couches extérieures, plus denses que les couches profondes, sont bien distinctes du tissu pulmonaire environnant. Ce tissu condensé, d'un rouge noirâtre, forme autour de la tumeur une couche de 1 centimètre environ : au delà le tissu pulmonaire est flasque, spumeux, s'infiltre d'une grande quantité de sérosité.

Il existe encore une autre masse cancéreuse du volume d'une grosse noix dans le même poumon; on en trouve sept ou huit de moindre volume dans le poumon droit : le cœur est petit, à parois minces, pâles, à orifices sains.

Il existe des masses encéphaloïdes dans le foie et dans les reins. Il y en a sept ou huit dans ce dernier organe à

différents degrés de ramollissement, et qui sont logées dans la substance corticale.

Rien dans l'observation que nous venons de rapporter ne nous explique pourquoi l'œdème a débuté par les extrémités supérieures et n'a envahi la face que peu de jours avant la mort. Il n'existait aucune trace d'oblitération du côté des veines axillaires et sous-clavières, et l'infiltration des bras et avant-bras ne reconnaissait aucune cause spéciale; et comme nous l'avons dit, rien n'a pu donner l'explication de cette anomalie. Notre observation présente encore une autre particularité tout aussi intéressante, car elle prouve qu'il n'est pas nécessaire que l'oblitération de la veine cave soit complète pour qu'il survienne tous les symptômes de la maladie. On a pu voir, en effet, que la veine cave était comprimée par la tumeur cancéreuse du poumon de façon à être réduite au volume d'une petite plume d'oie : elle ne contenait pas de caillots, et la lumière du vaisseau était parfaitement conservée; les parois, quoique plissées, étaient si peu altérées qu'on pouvait leur rendre leurs dimensions normales en les étalant; la circulation paraissait possible dans ce vaisseau, puisqu'on pouvait facilement y injecter un courant d'eau, et néanmoins il est survenu tous les accidents que l'on n'observe communément qu'à la suite de la suspension du cours du sang. Ici encore l'explication me manque, à moins qu'on ne veuille admettre qu'il existait pendant la vie un obstacle complet qui s'est déplacé après la mort. Mais c'est là une hypothèse qui n'a aucun fondement; du reste, il existe dans la science un autre fait du même genre. M. Reynaud (1) a vu chez un malade qui a succombé en offrant tous les signes de l'oblitération de la veine cave supé-

(1) Reynaud, *Obs.*, loco citato.

rieure, les parois de ce vaisseau rapprochées. Elles avaient contracté des adhérences au moyen de brides qui existaient dans la presque totalité de la veine, excepté dans un point où une sonde de femme pouvait pénétrer, et M. Reynaud s'est convaincu qu'un liquide pouvait encore refluer à travers la veine. Il semble donc démontré qu'il peut survenir tous les accidents fonctionnels de l'oblitération de la veine cave supérieure, lors même que cette oblitération est incomplète.

Les parties inférieures du corps sont rarement le siége d'œdème; elles contrastent même beaucoup par leur sécheresse avec le volume de la partie supérieure du corps. Trois fois seulement on a noté l'infiltration des extrémités inférieures; une fois elle est restée bornée au scrotum, et deux fois elle envahit les jambes et les cuisses; mais dans chacun de ces cas, il existait soit une maladie du cœur, soit un état cachectique qui permettaient de se rendre compte de la généralisation de l'hydropisie.

3° *Cyanose.* — La peau qui recouvrait les parties œdématiées a offert une coloration bien marquée et à peu près constante à la face, moindre et plus variée sur les autres points. Elle a été notée dans dix de nos observations. Quatre fois la peau offrait une couleur pâle ou livide sans autre indication; une fois elle était rosée, mais sous l'influence de la toux ou d'un accès de dyspnée, la coloration devenait plus foncée, bleuâtre. Enfin, dans les autres cas, on a constaté l'existence d'une cyanose bien caractérisée, la face avait une couleur violacée qui allait quelquefois jusqu'au bleu. Cette coloration était marquée surtout aux lèvres, sur les pommettes, aux ailes du nez; une fois les lèvres étaient le siége de véritables vergetures violacées : les conjonctives étaient fortement injectées et offraient une teinte sanguine prononcée.

Dans une de nos observations, la cyanose resta pen-

dant trente heures bornée au côté droit de la face et du cou ; au bout de ce temps, elle se répandit sur le côté gauche, et après deux mois, le cou et la face étaient violacés. La cyanose est en général l'indice d'un degré avancé de la maladie, car nous avons vu plusieurs fois chez nos malades apparaître d'abord une injection plus ou moins marquée, et plus tard seulement de la cyanose. Cette injection se remarquait surtout sur les muqueuses nasale et buccale qui offraient parfois la teinte violette. Deux fois les oreilles étaient tuméfiées et bleues. Cette coloration bleue et violacée a été observée également au cou et aux épaules. Nous avons trouvé deux fois à la partie antérieure de la poitrine et jusque sur les seins une éruption de taches lenticulaires rougeâtres de couleur scarlatineuse.

La cyanose accompagne habituellement l'œdème : à une seule exception près (voy. obs. V[e]), nous avons trouvé ces deux symptômes coexistants ; elle ne disparaît pas même dans les moments de repos complet, mais elle augmente considérablement pendant les efforts, les accès de toux ou de suffocation. Alors la congestion de la face augmente, elle devient violacée, turgescente ; la coloration des lèvres et du pourtour du nez acquiert une teinte plus foncée ; les yeux sont très injectés, saillants, larmoyants, etc. En un mot, pour me servir de l'expression de l'auteur d'une de nos observations, on dirait qu'un lien a été fortement serré autour du cou.

Plus rarement on a noté l'existence de la teinte cyanosée aux mains et aux doigts. Elle n'a été signalée que quatre fois, et elle a toujours coïncidé avec une sensation de refroidissement très marquée que les malades éprouvaient aux extrémités supérieures. Ce dernier phénomène, qui n'a jamais été constaté par le thermomètre, n'a d'ailleurs été observé qu'à la fin de la vie.

4° *Dilatation des veines superficielles.* — Lorsque l'œdème de la partie supérieure du corps n'était pas trop considérable, il était facile de voir dans ces mêmes régions les veines sous-cutanées plus ou moins dilatées. Elles étaient caractérisées soit par leur coloration plus intense, soit par un relief plus marqué que dans l'état normal. Comme nous l'avons dit, toutes les veines superficielles de la moitié supérieure du tronc peuvent se dilater, et leur degré de dilatation est en rapport avec la durée de la maladie. Quel que soit le volume qu'elles acquièrent, elles ne s'accompagnent d'aucun changement de couleur à la peau ; deux fois seulement elles étaient dessinées à la surface cutanée par des traînées rougeâtres de couleur assez claire, qui offraient quelque analogie avec ce qu'on observe dans certaines phlébites.

5° *Hémorrhagies.* — On pourrait croire que l'oblitération du tronc veineux principal de la partie supérieure du tronc, et les troubles de la circulation qui en résultent, doivent avoir pour conséquence de fréquentes hémorrhagies. Il n'en est pourtant pas ainsi, du moins nos observations n'en font-elles que très peu mention. Elles n'ont été notées que dans sept cas : trois fois il y eut des épistaxis fréquentes et abondantes, trois fois il y eut des hémoptysies indépendantes de tubercules pulmonaires, et dans un de ces cas il y avait eu, quatre ans avant l'apparition des accidents d'oblitération veineuse, des vomissements de sang revenus à plusieurs reprises et dont rien ne pouvait expliquer l'origine. Enfin, une fois seulement on a noté chez le même malade deux hémorrhagies cérébrales survenues à deux années d'intervalle (1).

(1) Bouillaud, *Archives de médecine*, 1824, t. V.

6° *Phénomènes cérébraux.* — Les symptômes qui ont été observés sont, dans six cas, de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, qui survenaient au moindre mouvement pendant les accès de dyspnée. Ces phénomènes acquéraient quelquefois et sans cause connue une grande intensité, et dans quatre cas on a constaté tous les accidents d'une congestion cérébrale assez intense, qui est revenue deux à trois fois chez le même malade.

Indépendamment de ces symptômes, le sommeil était souvent pénible, agité, interrompu par des réveils en sursaut; quelquefois il existait une insomnie complète : enfin, dans un cas on a remarqué une surdité assez prononcée; l'intelligence s'est conservée nette dans tous les cas; chez deux malades seulement il a existé une certaine confusion dans les idées.

Vers la fin de la vie, à ces symptômes se sont joints, un délire plus ou moins marqué, un état comateux profond, et une seule fois des mouvements convulsifs.

Ces symptômes nombreux se rattachent assez directement à l'oblitération de la veine cave supérieure : le cours du sang étant arrêté ou du moins très fortement empêché dans les vaisseaux de l'encéphale, il en doit résulter nécessairement du trouble dans les fonctions de cet organe, trouble d'autant plus marqué que la circulation est plus embarrassée. Il n'en est pas tout à fait ainsi pour les symptômes observés du côté des voies respiratoires et circulatoires. Ceux-ci, bien que devant être rattachés à la lésion veineuse, sont le plus ordinairement l'expression de la maladie qui a amené l'oblitération; aussi nous nous contenterons de les exposer assez brièvement.

Les symptômes du côté des *voies respiratoires* ont été notés dans neuf observations. La dyspnée a existé huit

fois, plus ou moins marquée, allant jusqu'à l'orthopnée, et obligeant parfois le malade à se tenir assis hors de son lit : trois fois à cette dyspnée se joignirent de véritables accès de suffocation pendant lesquels elle acquérait une intensité considérable et s'accompagnait d'une anxiété extrême. Une seule fois il n'a existé ni dyspnée, ni orthopnée. Indépendamment de ces symptômes, il y avait de la toux et de l'expectoration ; la toux a été notée six fois, tantôt simple et facile, tantôt quinteuse et déchirante ; l'expectoration était généralement formée de matière glaireuse, mélangée à du mucus puriforme : trois fois les crachats étaient sanglants. Dans un de ces cas, où les crachats provenaient d'un homme atteint d'un cancer intrathoracique, ils furent soumis à l'examen microscopique, mais on n'y trouva aucune trace de matière cancéreuse.

Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine ont été très variés ; le plus souvent ils étaient en rapport avec la présence d'une tumeur cancéreuse, tuberculeuse ou autre dans la poitrine. Dans l'un des cas (voy. obs. I) où l'oblitération était due à une concrétion sanguine, on ne put découvrir chez le malade, malgré l'examen le plus attentif, que des symptômes négatifs : l'existence de tumeurs intrathoraciques était révélée par une matité plus ou moins circonscrite et correspondant à l'étendue de la tumeur, par du souffle bronchique, de la bronchophonie, et dans quelques cas par l'absence complète du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la matité.

Deux fois seulement les malades ont accusé de la douleur, soit à la partie antérieure de la poitrine, soit entre les deux épaules. Enfin, dans trois cas, la voix était altérée.

Sous le rapport de leur importance, au point de vue

du diagnostic, on peut rapprocher de ces symptômes ceux qui ont été constatés du côté des *voies circulatoires*. Ceux-ci, en effet, n'ont guère été observés que dans les cas où il existait une maladie de ces organes. Néanmoins les palpitations ont été notées chez dix malades ; assez faibles chez quelques-uns, elles étaient très violentes chez d'autres, et s'accompagnaient d'une grande anxiété. Chez ceux de nos malades qui n'étaient pas atteints d'anévrysme de l'aorte, les signes d'une hypertrophie du cœur n'ont été constatés que deux fois ; mais dans aucun cas il n'y avait de bruit de souffle au cœur ou dans les vaisseaux ni de frémissement vibratoire.

Le pouls a offert d'assez grandes variations ; il n'a été noté que dans neuf observations ; sa quantité a varié de 80 à 120. Vers la fin de la vie, il a acquis dans trois cas une fréquence fébrile ; en général, il était régulier, calme, faible ou mou, inégal et intermittent dans les cas d'anévrysmes de l'aorte ; deux fois il manquait à l'une des radiales.

Les troubles des *voies digestives* ont généralement très peu attiré l'attention. On a trouvé de l'anorexie, de l'inappétence, rarement des nausées et des vomissements : tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée.

L'examen des *voies urinaires* n'a offert de remarquable que l'existence d'une albuminurie assez marquée dans quatre cas. Les urines étaient généralement assez épaisses, un peu troubles, et l'addition d'acide nitrique faisait naître un précipité assez abondant d'albumine. Deux fois, ce caractère disparut quelques jours avant la mort, et deux fois il persista sans qu'à l'autopsie rien ne fût venu révéler la présence d'une maladie de Bright caractérisée. Néanmoins il existait une congestion assez forte du côté des reins : l'existence de cette congestion, due sans doute à l'afflux d'une plus grande quantité de sang que dans l'état normal vers les vaisseaux abdomi-

naux, rend compte de l'albuminurie qu'on a observée dans ces deux cas, et assimile ce phénomène avec celui du même genre qu'on trouve dans quelques maladies du cœur.

ARTICLE III. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche de la maladie a toujours été soutenue, tantôt lente, tantôt assez rapide. Nous avons vu que quelques symptômes pouvaient présenter une sorte d'intermittence, mais cela est rare ; le plus ordinairement ils s'aggravaient peu à peu, quelquefois très vite, et le malade ne tardait pas à succomber.

La durée de la maladie a été variable, quoique dans des limites assez étroites. Avant l'entrée à l'hôpital, il résulte des renseignements toujours assez peu précis que l'on a pu obtenir chez huit malades, que l'affection remontait deux fois à cinq mois, deux fois à trois mois, trois fois à un mois et une fois à un temps indéterminé. La durée du séjour de neuf malades à l'hôpital a été une fois de cinq mois, une fois de trente-cinq jours, quatre fois d'un mois, une fois de vingt et un jours, une fois de onze jours, et une fois de quatre jours.

La terminaison a eu lieu constamment par la mort. Dans le plus petit nombre des cas, la mort est venue lentement, à la suite d'amaigrissement et d'émaciation : elle a eu lieu de cette façon une seule fois ; une autre fois, elle arriva, dans un temps très court, par affaissement graduel. Deux fois la mort est venue subitement pendant que le malade parlait ou satisfaisait à un besoin, et dans un de ces cas on remarqua que la cyanose, qui était très évidente, disparut complétement après la mort. Une fois elle eut lieu à la suite d'un accès de suffocation, accompagné d'une extrême anxiété, et terminé par une syncope mortelle ; trois fois, enfin, il est survenu à la fin

de la vie du délire, de l'assoupissement, une fois des convulsions générales, et enfin du coma, auquel succédait la mort.

Je ne sais s'il a été donné à quelques médecins d'observer une terminaison favorable de l'oblitération de la veine cave supérieure. Je n'en ai trouvé aucun exemple dans les auteurs, et pourtant la chose ne serait pas impossible, si le plus souvent l'oblitération n'était due elle-même à l'action d'une maladie dont les conséquences sont mortelles. On peut admettre, en effet. que la plupart des accidents que j'ai signalés et qui tiennent tous à la difficulté que le sang éprouve pour revenir au cœur, que ces accidents peuvent diminuer, puis diparaître à la suite de l'établissement d'une circulation collatérale suffisante.

Cette circulation peut même, dans certains cas, se rétablir assez promptement, et s'il n'existait pas presque toujours des complications mortelles, rien n'empêcherait de croire que le sang ayant trouvé de nouvelles voies de retour, la plupart des accidents peuvent disparaître. J'ai eu occasion d'observer un fait où l'un des symptômes les plus constants (l'œdème de la face) disparut au bout de quelques semaines et ne se montra plus avant la mort du malade. Comme à l'autopsie on ne trouva rien qui pût expliquer ce phénomène insolite, et que d'ailleurs les veines collatérales étaient largement développées, je suis porté à penser que la disparition de la suffusion séreuse tenait à ce qu'il existait une circulation collatérale suffisante. Voici du reste cette observation curieuse que j'ai pu suivre avant et après la mort du malade. Les détails m'ont été fournis par mon excellent confrère, M. Woillez, qui a bien voulu aussi dessiner une planche pour montrer les rapports de la veine cave supérieure avec la tumeur intrathoracique.

VIIe OBSERVATION. — *Oblitération complète de la veine cave supérieure par une tumeur encéphaloïde développée dans le médiastin antérieur; transformation de cette veine et de ses affluents en tissu cancéreux.*

Lombard, âgé de trente ans, facteur aux déménagements, fut admis le 30 août 1853, salle Sainte-Jeanne, n° 59 (Hôtel-Dieu), division de M. Louis, par suite de l'évacuation d'une des salles de M. Horteloup, dans laquelle le malade se trouvait depuis quatre mois et demi.

Cet homme est petit de taille, mais trapu et musculeux ; son intelligence est développée. Il est garçon, s'est toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques, et n'a jamais fait d'excès vénériens. Il buvait beaucoup, un ou deux petits verres d'eau-de-vie le matin et six à huit bouteilles de vin par jour ; mais il prétend que cette quantité de vin n'a jamais amené l'ivresse. Il a perdu son père très jeune, et sa mère il y a douze ans, à la suite d'un ictère prolongé.

D'une santé habituellement bonne, il affirme avoir éprouvé de l'âge de dix-huit à vingt-trois ans, d'abord toutes les nuits, puis à intervalles assez éloignés, des cauchemars avec réveils en sursaut très pénibles. Il n'avait pas alors de palpitations. Pendant les six mois qui ont précédé la maladie, il était plus irritable, il éprouvait du malaise. Enfin, six semaines avant le début, il portait une charge de 250 kilogrammes, lorsqu'il fut pris d'un éblouissement avec quelques phénomènes de congestion cérébrale et expectora quelques crachats intimement mélangés de sang bien coloré.

La maladie débuta au mois de janvier précédent par de la dyspnée. Celle-ci a depuis lors toujours été en augmentant sans aucune cessation, même momentanée. Quoique le malade ait encore continué à travailler pen-

dant trois mois, les efforts devenaient de plus en plus pénibles et s'accompagnaient de palpitations. Alors la face s'injectait, la dyspnée devenait plus forte et souvent il y avait des vertiges. La face, habituellement pâle avant la maladie, se colora de plus en plus et devint bouffie : les fonctions digestives étaient dans un état complet d'intégrité, mais le sommeil était nul. Dès les premiers jours d'avril, le travail devint à peu près impossible, le moindre effort, même la toux, produisait une congestion bleuâtre de la face avec turgescence, palpitations et vertiges. Il était survenu depuis quelques semaines un peu de toux avec expectoration muqueuse. Il entra à l'hôpital le 15 avril.

Pendant les quatre mois et demi qu'il passa dans le service de M. Horteloup, la situation du malade ne changea point, seulement dans les dernières semaines il ressentit pour la première fois des douleurs thoraciques à la partie antérieure droite, et il survint une expectoration sanguinolente. Depuis le mois d'avril il a été saigné six ou sept fois du bras, ce qui l'a toujours soulagé. Il a eu de plus des ventouses, et quarante sangsues à l'anus en deux fois; il a pris de la tisane de chiendent nitré, et à deux reprises de l'iodure de potassium jusqu'à 2gr,50 par jour.

État actuel (1er septembre).— Décubitus presque assis et incliné vers le côté gauche, le malade ne pouvant se coucher ni sur le dos, ni sur le côté droit; il ne peut non plus pencher sa tête en arrière sans éprouver un sentiment de suffocation; il passe ses journées levé ou assis auprès de son lit.

Ce qui frappe au premier aspect, outre la dyspnée, c'est la turgescence d'un rouge sombre, légèrement violacée aux oreilles et aux lèvres, qui occupe la tête, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Cette turgescence, prononcée surtout au cou, existe sans aucun œdème

mais s'accompagne du relief de toutes les veines superficielles, dans les mêmes parties et sur toute l'étendue des deux membres supérieurs, où elle persiste même pendant leur élévation, et où il semble qu'une ligature serrée a été appliquée à chaque bras. Ces veines sont rénitentes et élastiques sous la pression, de même que celles du front et du cou (jugulaires externes). Il existe en outre, sous chaque clavicule, deux lacis veineux de la grandeur d'une pièce de cinq francs très marqués.

L'abdomen et les membres inférieurs ont leur aspect et volume normaux. Il n'existe pas de fourmillements ni de refroidissement dans les membres même supérieurs. Céphalalgie fréquente, idées très nettes, mémoire excellente; vertiges passagers, surtout au lit; yeux injectés, vue double au moment des vertiges; ouïe bonne, parfois troublée par des tintements d'oreilles, qui sont marqués surtout quand il y a congestion plus forte vers la tête; jamais d'épistaxis, sensibilité cutanée intacte.

Il existe quelquefois des palpitations passagères surtout pendant la toux; le pouls est à 120, peu développé, mais régulier; la chaleur de la peau est normale; la respiration à 26 est très haute, peu diaphragmatique et met en jeu tous les muscles élévateurs des côtes supérieures; la dyspnée est continue, elle augmente par une toux très pénible qui est accompagnée de vertiges et de palpitations, et suivie depuis environ quinze jours de l'expectoration de quelques crachats sanguinolents d'un rouge sombre, opaques et adhérents au crachoir. Le microscope n'a montré dans ces crachats aucun élément hétéromorphe, on n'y a trouvé que des granules moléculaires, des globules sanguins, des lamelles épithéliales, des globules graisseux, de la xanthose et du pigment. Il existe depuis plusieurs semaines à la partie antérieure droite de la poitrine, une douleur spontanée presque

constante, non lancinante et sans foyers douloureux à la pression.

La poitrine est bien conformée. Examinée par la percussion, on trouve une matité sans élasticité dans presque toute la partie antérieure de la poitrine, et ailleurs le son est tympanique, surtout en arrière : la matité occupe toute la région sternale et s'étend sur les côtés, à droite, au niveau du grand pectoral, à gauche, dans une étendue analogue, mais à limites moins précises et se prolongeant jusqu'au niveau de la pointe du cœur, qui bat à quatre travers de doigt en bas et en dehors du mamelon gauche.

A l'auscultation, on trouve, du côté droit et en avant, inspiration à peu près nulle avec expiration bronchique très prolongée, sans aucun râle. Bronchophonie dans toute la hauteur, légère au sommet. En arrière et en dehors du même côté, la respiration est bronchique, au sommet et ailleurs forte et superficielle avec expiration prolongée et sans râles. Du côté gauche, et en avant, la respiration est faible en dehors, à partir du mamelon et au sommet; en arrière la respiration est forte avec expiration prolongée. Il y a de la bronchophonie au sommet et quelques bulles de râles à la base.

L'application de la main perçoit un frémissement en arrière des deux côtés, quand le malade parle; il est à peu près nul au niveau de la matité antérieure.

Les fonctions digestives sont régulières; il y a un peu d'anorexie; amaigrissement peu prononcé.

Du 2 au 10 septembre, l'état du malade paraît d'abord s'améliorer un peu les premiers jours, le malade dort à l'aide d'une pilule d'opium; mais bientôt il y a une aggravation rapide : la dyspnée plus prononcée amène des réveils en sursaut avec sentiment de suffocation, ou produit une insomnie complète pendant laquelle le malade est obligé de rester assis sur une chaise. Pour la première fois, il survient un léger œdème aux membres

inférieurs, ainsi qu'aux paupières. Les crachats restent les mêmes, excepté pendant trois jours, où la coloration sanguine est moins générale. Le râle sous-crépitant en arrière disparaît, et le siége de la respiration bronchique varie. Étendue le 1er septembre à tout le côté antérieur droit, elle se limita le 2 sous la clavicule, pour ensuite disparaître dès le 3 et être enfin remplacée par un bruit respiratoire douteux, tant il est faible ; mais en même temps la respiration devenait bronchique en arrière, du même côté, plus marquée au sommet qu'à la base. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, qui survint inopinément le 10, à cinq heures du matin. L'intelligence était restée constamment intacte.

Le traitement employé fut : trois saignées de 120 à 300 grammes, de l'eau de Vichy, une tisane de chiendent avec acétate de potasse ; une potion avec l'iodure de potassium de 0,50 à 1 gramme ; une pilule d'opium le soir, et pour aliments on donna tous les jours deux bouillons et deux potages.

Autopsie vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. — La turgescence et la coloration de la partie supérieure du corps sont moins prononcées que pendant la vie ; les veines sous-cutanées ne sont pas saillantes ; l'œdème des membres inférieurs est très peu prononcé.

Tête. — Les téguments du crâne sont gorgés de sang veineux, ainsi que le cerveau et ses dépendances, sans aucune autre lésion notable.

Cou. — Les veines du cou sont très dilatées, elles ne purent être incisées, parce que le cadavre fut enlevé trop vite.

Poitrine. — Les résultats de la percussion sont les mêmes que pendant la vie. L'incision de la peau du

thorax, surtout au voisinage des clavicules, laisse écouler une grande quantité de sang noir. Les organes thoraciques, mis à découvert, présentent la disposition suivante : au centre, une énorme tumeur occupe le médiastin, refoule les poumons de chaque côté et le cœur en bas. A partir du sommet de la poitrine, elle est directement en rapport en avant avec le sternum et les parois thoraciques voisines, auxquelles elle adhère par un tissu cellulaire lâche, et en arrière avec la trachée et les deux bronches principales, l'aorte descendante, l'œsophage et les nerfs pneumogastriques. Les vaisseaux pulmonaires, ainsi que le cœur, sont libres et sont accolés à la tumeur en arrière et en bas, mais la crosse de l'aorte et sa partie ascendante, les troncs artériels, ainsi que la veine cave supérieure et ses affluents, sont englobés dans la tumeur (1).

Cette tumeur, qui occupe ainsi la partie supérieure du médiastin antérieur, a 21 centimètres de hauteur et 18 de largeur; sa forme est grossièrement globuleuse et légèrement bosselée; sa couleur, d'un blanc jaunâtre, et sa consistance ferme, sauf une certaine mollesse élastique en quelques points; son poids est de 2,600 grammes. Elle ne crie pas sous le scalpel et présente à la coupe une trame fibreuse largement cloisonnée, en rapport avec du tissu encéphaloïde plus ou moins ramolli. Ce dernier, d'un blanc jaunâtre, est comme imbibé d'un suc laiteux émulsionnant l'eau, il est composé presque uniquement au microscope de cellules cancéreuses de 0,002 au plus de diamètre. Au centre de la tumeur, on trouve une infiltration sanguine assez étendue, et çà et là à sa surface de la suffusion sanguine.

Le cœur, couché sur le diaphragme par sa face postérieure pendant la vie, est parfaitement sain et entière-

(1) Voyez la planche et son explication à la fin du Mémoire.

ment libre dans le péricarde qui se trouve accolé supérieurement à la tumeur, sans autre altération. Sa cavité renferme environ 50 grammes de sérosité. Le volume du cœur est normal ; les orifices et valvules sont sains ; la crosse de l'aorte et sa partie ascendante passent saines et intactes au milieu de la tumeur ; leur calibre n'est pas diminué. Il en est de même des troncs brachio-céphaliques, qui ne sont entourés par la tumeur qu'à leur origine. Les nerfs récurrents sont sains ; l'oreillette droite étant ouverte en dehors, le doigt est introduit dans la veine cave supérieure et sent presque aussitôt un obstacle. Une sonde cannelée, introduite et arrêtée de même, permet de faire une large incision de dehors en dedans et comprenant la partie droite de la tumeur et le poumon correspondant qui la recouvre. On constate alors les particularités suivantes : l'orifice auriculo-ventriculaire droit a 11 centimètres de large ; l'origine de la veine cave supérieure étalée a 5 centimètres, mais après un trajet de 2 centimètres, elle n'en a plus que 4 de développement, et plus avant elle est entièrement confondue avec la tumeur, en sorte que sa membrane interne, saine à son origine, comme celle de l'oreillette, s'amincit rapidement en pénétrant dans la tumeur, puis cesse complétement. Il n'y a pas la moindre trace de la terminaison de la grande veine azygos, ni du tronc veineux brachio-céphalique droit, qui ont subi la même transformation. A gauche et en avant de la trachée, le tronc veineux brachio-céphalique gauche pénètre verticalement à 3 centimètres de profondeur dans la tumeur, pour se diriger ensuite à droite vers la veine cave supérieure, après avoir reçu un tronçon veineux qui semble se fondre dans le tissu encéphaloïde : le tronc principal, qui présente 12 millimètres de développement, n'atteint pas la partie que devrait occuper la veine cave supérieure et s'effile en se perdant aussi dans la tumeur, après un trajet d'en-

viron 5 centimètres ; le ventricule et l'oreillette droits sont du reste très sains ; les poumons droit et gauche sont refoulés en dehors et en arrière par la tumeur, à laquelle ils adhèrent en quelques points par des filaments celluleux ; le poumon droit, surtout dans ses lobes supérieurs, est tout à fait aplati et privé d'air. En arrière et à la base, il existe une congestion sanguine assez marquée ; le lobe inférieur du poumon droit est confondu avec la tumeur, et paraît avoir subi la transformation cancéreuse ; on ne le reconnait plus, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, qu'à l'aspect fongueux et rougeâtre de la plèvre ; les bronches du côté droit contiennent, ainsi que la trachée artère, un mucus sanguinolent d'un rouge brunâtre semblable à celui des crachats expectorés pendant la vie, et qui paraît provenir de la partie altérée.

Les organes abdominaux sont sains et ne présentent pas de traces de tumeurs encéphaloïdes.

Il est certain que dans l'observation que je viens de transcrire, l'oblitération était complète, qu'elle remontait déjà à plusieurs mois, et pourtant il a manqué, presque complétement, un des principaux symptômes, le plus caractéristique, l'œdème de la face. On ne l'a observé, en effet, qu'au début de la maladie sous la forme d'une bouffissure assez prononcée. Mais pendant le séjour du malade à l'hôpital, cette bouffissure même n'existait plus, et elle n'a pas reparu jusqu'à la mort. Ainsi l'œdème qui existait déjà au début, à un assez faible degré, a disparu dans les quatre ou cinq derniers mois de la vie pour faire place à une turgescence violacée très intense de la face. Ce phénomème ne s'est rencontré dans aucune des observations que j'ai réunies ; dans toutes, l'œdème, symptôme initial, a persisté invariablement jusqu'à la mort. D'où vient que ce dernier fait présente une si remarquable exception ? Il m'a paru que l'existence d'une circulation

collatérale très complète en donnait une explication satisfaisante. En effet, l'oblitération était due dans ce cas à l'action d'une énorme tumeur cancéreuse du médiastin qui avait complétement détruit la veine cave supérieure. Cette tumeur, qui s'est développée peu à peu, n'a dû d'abord que légèrement comprimer ce vaisseau ; en augmentant de volume, elle a graduellement effacé sa lumière. Cette lenteur dans la marche de la compression a permis qu'il s'établît de bonne heure une circulation collatérale; celle-ci s'est développée à mesure que la compression de la veine augmentait, et elle était tout à fait constituée lorsque l'oblitération devint définitive. Grâce à cette nouvelle circulation, le sang de la partie supérieure du corps pouvait facilement arriver jusqu'au cœur. La stase séreuse de la face n'avait donc plus de raison d'être et a pu disparaître. S'il est resté une turgescence violacée de la face, cela a tenu sans doute et à la dilatation des vaisseaux capillaires et à la lenteur avec laquelle le sang les parcourait. Je sais bien que cette explication peut être contestée, mais elle paraîtra très vraisemblable, si l'on veut se souvenir que les veines de la face, du cou et de la poitrine étaient énormément dilatées, et que cette extrême dilatation, qui est le résultat d'une oblitération veineuse déjà ancienne, est également l'indice d'une circulation assez active. Il est regrettable qu'on n'ait pu faire l'examen complet du système veineux, mais, le cadavre devant être enterré, cela ne nous a pas été permis.

ARTICLE IV. — DIAGNOSTIC.

1° *Diagnostic de la maladie.* — Lorsque la maladie se présente à l'observateur avec les caractères que je viens de décrire, il est difficile de la méconnaître. Il n'existe en effet dans le cadre nosologique aucune affection qui

offre la réunion des symptômes que j'ai énumérés et dont voici un résumé succinct : œdème de la face s'étendant à la partie supérieure du tronc et aux bras, et s'arrêtant à la région ombilicale ; teinte cyanosée de ces mêmes parties ainsi que des muqueuses buccale et oculaire. Dilatation des veines de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs et quelquefois de l'abdomen. Tendance considérable aux congestions et aux hémorrhagies dans la partie supérieure du corps. Épanchements séreux dans les cavités pleurales et péricardiques, etc. — Un tel ensemble de symptômes à peu près constant ne se rencontre que dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure, et peut être regardé comme caractéristique de la maladie. Il est néanmoins certaines circonstances où les symptômes se présentent sous une apparence telle, qu'il est souvent fort difficile de savoir à quoi s'en tenir.

a. Ainsi, il se peut, comme cela est arrivé chez un de mes malades (obs. VII), que l'œdème de la face ait disparu et qu'il ne reste plus que la teinte violacée, bleuâtre, avec turgescence, l'injection des yeux, la coloration des muqueuses, de la dyspnée, une matité plus ou moins considérable dans la cavité thoracique, etc. Il est certain que l'on confondra facilement un cas de ce genre avec les faits de *Cyanose* dépendant d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. Le doute ne pourra être dissipé que par la connaissance exacte des antécédents, c'est-à-dire quand on apprendra qu'il a existé précédemment un gonflement de la face, et que ce gonflement a disparu ; quand on se sera convaincu qu'il n'existe aucune maladie du cœur, et que la matité trouvée dans la poitrine est due à un épanchement ou à la présence d'une tumeur intra-thoracique ; et surtout quand on aura constaté l'existence d'une circulation collatérale, c'est-à-dire la dilatation des veines sous-cutanées, des jugu-

laires, etc., dilatation qui a été trouvée dans tous les cas où on l'a cherchée.

b. Il pourra se présenter une autre circonstance où l'on sera porté à attribuer les phénomènes observés à une *maladie de Bright.* Je veux parler de ces cas rares, il est vrai, où la teinte cyanosée n'existe pas, où l'œdème de la face et des extrémités supérieures est de date récente, et offre une teinte pâle, blafarde, un certain tremblotement; où les urines sont albumineuses, et où les veines n'ont pas encore acquis une dilatation bien marquée. Dans ces circonstances, il sera souvent très difficile de se prononcer, à moins que l'on ne trouve dans l'examen de la poitrine des signes évidents d'anévrysme de l'aorte ou de tumeur intra-thoracique qui puissent faire soupçonner l'existence d'une compression de la veine cave supérieure. Le diagnostic ne pourra être élucidé que par la marche ultérieure de la maladie. En effet, dans l'oblitération de la veine cave, l'œdème restera permanent à la face et à la partie supérieure du corps, et ne s'étendra pas aux extrémités inférieures s'il n'existe pas de complication; les parties œdématiées prendront plus ou moins prochainement une teinte cyanosée; tandis que dans la maladie de Bright, l'œdème ne reste jamais localisé à la face et à la partie supérieure du corps, qu'il envahit rapidement le tronc et les extrémités inférieures par lesquelles même il débute assez habituellement, et que jamais cet œdème ne prend la teinte cyanosée. A une époque plus avancée, on trouvera la dilatation des veines sous-cutanées, de la partie supérieure du corps, ce qui ne se rencontre pas dans la maladie de Bright. Enfin, l'urine, qui peut être albumineuse dans les oblitérations de la veine cave supérieure, ne conserve pas toujours ce caractère, et l'on voit l'albumine disparaître à une époque plus ou moins avancée. Or, le contraire arrive dans la maladie granu-

leuse des reins, où l'albumine va toujours en augmentant de quantité. Il est vrai que j'ai parlé de deux faits où l'on trouva de l'albumine dans les urines jusqu'à la fin de la vie; mais dans ces deux faits il existait peut-être une maladie de Bright, et puis, en tous cas, il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'oblitération de la veine cave, dont les caractères étaient très prononcés.

c. Enfin, il existe un autre maladie fort rare à la vérité, mais qui offre la plupart des symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure, à un tel degré, qu'il est souvent fort difficile de les distinguer ; je veux parler de l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure. On ne trouve dans la science qu'un très petit nombre d'observations de cette affection, trois je crois (1); une quatrième, que j'ai pu observer moi-même en 1851, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. C'est donc seulement sur quatre faits que je chercherai à baser les caractères différentiels des deux maladies.

1° Dans l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, le début est brusque; les premiers symptômes apparaissent quelquefois à la suite d'un accès de toux, d'un violent effort; dans d'autres cas, ils surviennent spontanément et sans qu'il ait existé auparavant autre chose que de la toux, de la dyspnée, des palpitations. Dans les oblitérations de la veine cave, au contraire, le début est assez lent; je n'ai trouvé à signaler qu'un seul exemple de début brusque, et encore celui-ci est-il assez dépourvu de détails pour qu'il soit impossible de dire s'il y avait une oblitération veineuse ou un anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave.

2° L'œdème apparaît rapidement dans l'anévrysme variqueux, envahit la face et la partie supérieure du tronc, et devient très considérable. La teinte cyanosée se prononce

(1) Cossy, *Archiv. de méd.*, 4e sér., t. IX, p. 33. — Thurnam, in *Medic.-chir. Transact. London*, 1840, t. XXIII.

très vite à la peau et sur les muqueuses. Il y a une tendance très marquée aux accidents cérébraux, céphalalgie, vertiges, congestions, etc. Tous ces symptômes existent également dans l'oblitération, mais à un moindre degré; l'œdème est moins considérable, la cyanose est rarement aussi marquée, la tendance aux accidents cérébraux moins prononcée. Il en est de même de la dilatation des veines sous-cutanées de la partie supérieure du corps, qui apparaît assez vite et qui devient très considérable dans un espace de temps beaucoup plus court que dans l'oblitération simple.

3° Enfin, la marche de l'anévrysme variqueux est très rapide, il s'est terminé par la mort, en trois, sept et dix jours, tandis que dans les oblitérations la durée a été beaucoup plus longue (onze jours à cinq mois).

4° Jusqu'ici, à part les quelques différences que j'ai signalées et qui toutes se rapportent à la marche de la maladie et à une plus ou moins grande intensité dans les accidents, on voit qu'il existe entre les deux maladies, sous le rapport des symptômes, une très grande ressemblance. Il serait même quelquefois impossible de les distinguer, si l'examen de la poitrine ne faisait reconnaître une maladie des organes de la circulation avec quelques caractères spéciaux, qui paraissent tenir particulièrement à l'anévrysme artérioso-veineux. On a constaté, en effet, à l'examen de la région précordiale, l'existence d'un bruit de souffle très intense au premier temps, et quelquefois au second temps, ayant son maximum à la partie supérieure du bord droit du sternum et se prolongeant le long de cet os. Ce bruit de souffle était accompagné d'un bruissement et d'un frémissement vibratoire très marqué, entendu dans la région du cou jusqu'à la mâchoire inférieure, et coïncidant avec la diastole artérielle.

L'existence de ce bruit de souffle, accompagné de

frémissement le long du cou, a servi deux fois à reconnaître la nature de la maladie.

2° *Diagnostic de la cause de l'oblitération.* — S'il est possible, jusqu'à un certain point, de distinguer l'oblitération de la veine cave supérieure des maladies qui offrent des symptômes semblables, il n'en est pas de même quand il s'agit de rechercher la cause de l'oblitération. Ici la difficulté se complique de toutes les obscurités qui entourent le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques. Le plus souvent il faudra, dans cette recherche, procéder par voie d'élimination, quelquefois par conjectures, et encore ne sera-t-il pas toujours possible d'éviter l'erreur. C'est ici l'occasion de rappeler celle qui a été commise chez la femme qui fait le sujet de la première observation. L'oblitération de la veine cave avait été reconnue, mais il s'agissait d'en déterminer la cause. Après avoir examiné et discuté celles qu'on trouve le plus habituellement, M. Grisolle, qui faisait alors le service de la clinique médicale en remplacement du professeur Fouquier, dans une leçon fort remarquable, s'arrêta à l'idée d'un anévrysme de l'aorte, opinion que je partageai moi-même. Elle était fondée sur ce qu'il n'est pas très rare d'observer la compression de la veine cave par un anévrysme de l'aorte; mais ce qui, surtout, nous arrêta à ce diagnostic, c'est qu'il existait à la partie supérieure du sternum une matité assez étendue, communiquant avec la matité habituelle de la région précordiale, et qui nous semblait devoir être attribuée à une tumeur anévrysmale. A l'autopsie, on reconnut que cette matité était due à un amas de tissu adipeux qui occupait la place du thymus. L'oblitération de la veine était due à une phlébite.

On trouve des difficultés du même ordre à établir d'une manière précise les caractères différentiels des

nombreuses causes de l'oblitération de la veine cave supérieure. La plupart d'entre elles n'ont été reconnues qu'à l'autopsie, et nous avons pu voir dans les observations que nous avons exposées, qu'il était difficile qu'il en fût autrement. Il est néanmoins un certain nombre de signes qui, lorsqu'on les rencontre, peuvent servir de point de repère et amener ainsi à un diagnostic assez exact.

Les oblitérations dues à la présence de *tumeurs intra-thoraciques* offraient, outre les signes habituels de l'oblitération, 1° une dyspnée très considérable, avec orthopnée et accès de suffocation quand le malade voulait se coucher sur l'un des côtés du corps ; 2° une matité complète de l'un des côtés de la poitrine, avec vibration des parois ; 3° une respiration bronchique soufflante dans toute l'étendue de la matité, et aux limites de celle-ci une respiration faible, avec expiration prolongée. Il y avait également de la bronchophonie et une fois de l'égophonie à la base (obs. II). Dans l'observation recueillie dans le service de M. Piedagnel (obs. VI, cancer du poumon), au lieu de souffle bronchique, dans toute l'étendue de la matité, la respiration était nulle, seulement, vers les limites, il y avait quelques râles. Ces symptômes n'ont été rencontrés que dans les cas de tumeurs intra-thoraciques ; ils auront donc par eux-mêmes une grande valeur, qui augmentera encore si, comme il est arrivé dans l'observation II, il existe dans la région cervicale et claviculaire des tumeurs de mauvaise nature, qui paraissent s'étendre jusque dans l'intérieur de la poitrine. Je joindrai à ces signes, comme un élément précieux de diagnostic, l'existence de la cachexie cancéreuse.

Dans les observations de *compression de la veine cave par un anévrysme de l'aorte*, j'ai trouvé comme signes particuliers : 1° une dyspnée extrême, avec sentiment

d'anxiété insupportable ; 2° une voussure à la partie supérieure du sternum, avec matité plus ou moins étendue ; 3° dans la même région un double battement indépendant et distinct de celui du cœur : une fois on trouvait à l'auscultation un bruit sourd et des battements à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls ; 4° dans un cas (obs. de M. Reynaud) il existait une tumeur pulsatile vers le haut du sternum ; et dans un autre (obs. de M. Martin Solon), l'artère sous-clavière gauche était très dilatée et offrait à l'auscultation un bruit de soufflet manifeste ; 5° enfin, le pouls a été souvent inégal, irrégulier, sensible seulement à l'une des radiales. Ces différents signes n'ont pas permis de méconnaître l'existence d'un anévrysme de l'aorte.

ARTICLE V. — ÉTIOLOGIE.

Je n'ai recueilli sur ce point que des notions tout à fait insuffisantes. Le plus ordinairement les auteurs des observations ne parlent pas des causes, ou bien ils en traitent d'une manière incomplète. Il en résulte que je n'ai trouvé quelques données qne pour l'âge et le sexe des malades.

Age. — L'oblitération de la veine cave supérieure n'a presque jamais été observée que chez les adultes ; néanmoins on doit la rencontrer chez les enfants, puisque MM. Barthez et Rilliet (1) considèrent l'œdème de la face comme l'un des symptômes de la tuberculisation des ganglions bronchiques. Du reste, nous avons trouvé nous-même une observation recueillie chez un enfant de deux ans (voy. obs. de M. Tonnelé) ; à l'exception de ce fait, tous les autres se rapportent à des adultes. L'âge a été noté treize fois : dans six observations, les malades

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. III, p. 183.

étaient âgés de trente à cinquante ans ; et dans six observations, de cinquante à soixante-cinq.

Les détails d'anatomie pathologique dans lesquels je suis entré, font comprendre facilement que la maladie dont il est question appartient plus spécialement à l'âge adulte. C'est en effet à cette époque de la vie que se développent les cancers, les anévrysmes, etc., qui figurent parmi les causes pathologiques les plus fréquentes des oblitérations de la veine cave supérieure.

Le *sexe* a été noté dans quinze cas, et a offert un chiffre à peu près égal dans les deux sexes : il y avait 7femmes et 8 hommes.

Les *professions*, qui ont été signalées douze fois, ont été très diverses. Il y a eu 2 cuisiniers, 1 ouvrier en allumettes chimiques, 1 négociant, 1 cocher, 1 ancien officier, 1 garçon de recettes, etc.

Quant aux causes *pathologiques*, qui sont en réalité les seules importantes à connaître, je ne m'y arrêterai pas, puisque j'en ai longuement traité dans l'article consacré à l'anatomie pathologique.

ARTICLE VI. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Mon travail pourrait se terminer ici, car je n'ai presque rien à ajouter sur le pronostic et le traitement. Comme je l'ai déjà dit, toutes les observations que j'ai recueillies ou consultées se sont terminées par la mort ; elles n'ont différé que par le plus ou le moins de rapidité de la terminaison fatale. Il est certain que dans la plupart des cas, il n'en peut être autrement, puisque l'oblitération de la veine cave supérieure est due le plus souvent à des causes qui, par elles-mêmes, entraînent la mort. Mais il ne me répugne pas d'admettre que lorsque l'oblitération est dueàune concrétion sanguine, la guérison soit possible. Cela me paraît dépendre surtout de l'établissement

prompt d'une circulation collatérale suffisante. Si celle-ci, en effet, arrivait assez rapidement à suppléer le tronc principal oblitéré, les accidents qui sont principalement dus à la stase sanguine pourraient disparaître et la guérison s'établir. Mais ceci n'est qu'une hypothèse qui n'est appuyée sur aucun fait, seulement elle me semble rendue vraisemblable par ce que nous avons vu dans la VIIe observation. Quoi qu'il en soit, le pronostic des oblitérations de la veine cave supérieure est toujours excessivement grave, puisqu'il n'existe aucun fait de guérison de cette maladie; seulement quelques complications survenant du côté de l'encéphale ou des organes thoraciques rendront la mort plus rapide.

Le traitement ne peut guère être que palliatif, puisque les causes de la maladie sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Les émissions sanguines générales et les purgatifs sont les médications qui ont semblé amener le plus de soulagement, elles agissaient tantôt en diminuant le volume de l'œdème de la partie supérieure du tronc, tantôt en faisant disparaître momentanément la teinte cyanosée. Mais on a trouvé quelques inconvénients à saigner aux bras œdématiés : la piqûre ne se refermait pas facilement et a été le point de départ de quelques accidents. — Divers autres médicaments ont été employés : les mercuriaux, l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, les diurétiques, etc. Mais je n'ai pas vu qu'il en soit résulté aucune modification dans la marche de la maladie.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

(*Réduction d'un tiers*).

Tumeur encéphaloïde du médiastin, incisée dans sa moitié droite. L'incision est faite perpendiculairement, de dedans en dehors, au niveau de l'oreillette droite et de la veine cave supérieure ; celles-ci sont ouvertes et étalées par l'écartement des surfaces incisées de la tumeur. Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont compris dans l'incision.

1, 1. — Tumeur à trame fibreuse et cloisonnée, montrant vers le centre une infiltration sanguine assez étendue.

2. — Cœur vu par sa face postérieure.

3. — Intérieur de l'oreillette droite ouverte en arrière et en dehors.

4. — Veine cave supérieure. — *a*. Origine de cette veine. — *b*, *b*. Point où elle s'amincit et se perd dans la tumeur avec laquelle elle se confond.

5. — Section de la veine cave inférieure près de son embouchure dans l'oreillette droite.

6, 6. — Péricarde.

7, 7. — Lobe supérieur du poumon droit, comprimé et aminci par la tumeur, à laquelle il semble servir d'enveloppe.

8, 8. — Lobe moyen de ce poumon.

9. — Lobe inférieur du même organe.

...LICATION DE LA PLANCHE

(*Réduction d'un tiers*).

...uleuse du médiastin, incisée dans sa moitié droite
...perpendiculairement, de dedans en dehors, ...
... et de la veine cave supérieure ; ...
...eux ... ...ement des surfaces incisées ...
... ...mon droit sont comp...

...eur à trame fibreuse et clois... ...
...filtration sanguine assez étendue...
... par sa face postérieure.
... de l'oreillette droite ouverte en a...

...ve supérieure. — *a*. Origine de cette v...
... s'amincit et se perd dans la tumeur avec ...

...de la veine cave inférieure près de son ...
...llette droite.
...rde.

... supérieur du poumon droit, comprimé ...
...laquelle il semble servir d'enveloppe.
...moyen de ce poumon.
...érieur du même organe.

